

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Dissertação

**O Regresso ao Domicílio do Utente com AVC: Potenciais
Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação**

Andreia Lopes Domingues

Lisboa
2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Dissertação

**O Regresso ao Domicílio do Utente com AVC: Potenciais
Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação**


Andreia Lopes Domingues

Orientador: Doutor Miguel Nunes Serra

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os utentes que já sofreram um Acidente Vascular Cerebral e sua família, na esperança de ter colaborado para a melhoria dos seus dias menos bons.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer de um modo muito especial ao meu marido, que foi sempre um apoio nos bons e maus momentos e me mostrou que era capaz.

Aos meus pais e família pela paciência e encorajamento.

Ao Professor Miguel Serra, meu orientador, pelo ensinamento e sempre disponibilidade, dedicação e simpatia com que sempre me recebeu e também por ter acreditado neste trabalho desde o início, e sem o qual a concretização do mesmo não seria possível.

A todos os profissionais de saúde do serviço de Medicina Interna, pelo incentivo, amizade e estímulo, fundamentais nesta etapa de formação.

Expresso também a minha gratidão e solidariedade a todos os utentes e cuidadores informais que, embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível e para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.

Por último, mas não em último lugar, aos que estiveram sempre perto, pela paciência, espera, carinho, atenção, amizade... e por tudo!

A todos, o meu muito obrigado!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC	– Acidente Vascular Cerebral
AVCs	– Acidentes Vasculares Cerebrais
AVD	– Atividades de Vida Diária
AIT	– Acidente Isquémico Transitório
B-ON	– Biblioteca do Conhecimento Online
CIPE	– Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	– Direção-Geral de Saúde
DM	– Diabetes Mellitus
EEER	– Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EMA	– <i>European Medicines Agency</i>
ER	– Enfermagem de Reabilitação
ESO	– <i>European Stroke Organisation</i>
EUSI	– <i>European Stroke Initiative</i>
HTA	– Hipertensão Arterial
OE	– Ordem dos Enfermeiros
OMS	– Organização Mundial de Saúde
RCAAP	– Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
rt-PA	– <i>Recombinant Tissue Plasminogen Activated</i>
SCIELO	– <i>Scientific Electronic Library Online</i>
UAVC	– Unidades de Acidente Vascular Cerebral

E	– entrevista
gr	– gramas
mmHg	– milímetro de mercúrio
mg/dl	– miligramas por decilitro

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) encontra-se entre as principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo. Além das alterações funcionais e cognitivas que provoca, constitui um problema social interferindo no papel que o indivíduo desempenha na sociedade. Muitas das vezes e tendo em conta as incapacidades resultantes desta doença, surge a necessidade de um cuidador informal para a realização dos cuidados no domicílio, pelo que o acompanhamento do utente e cuidador se torna essencial para a equipa de saúde, especialmente para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Tendo em conta as competências específicas, é o profissional capaz de promover uma adequada preparação da alta hospitalar, bem como um regresso a casa de forma segura, contribuindo para o sucesso da reabilitação e bem-estar de todos os intervenientes.

Objetivos: Desenvolver conhecimento sobre as vivências e necessidades do utente e cuidador informal, no processo de transição de cuidados para o domicílio após alta hospitalar, e perceber o potencial contributo do EEER.

Métodos: Utilizámos uma metodologia qualitativa, sendo a amostra constituída por 5 utentes que sofreram AVC e 4 cuidadores informais de utentes que sofreram AVC. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada no domicílio dos participantes, cerca de 30 a 40 dias após alta hospitalar.

Resultados: Os resultados evidenciaram necessidades sentidas pelos utentes e cuidadores em áreas como a transmissão de informação e preparação da alta hospitalar, bem como no domicílio, se depararam com dificuldades e alterações com impacto físico e emocional no seu quotidiano.

Conclusão: Evidenciou-se que o EEER poderá potenciar de forma positiva e em conjunto com toda uma equipa, o processo de continuidade de cuidados, com início durante o internamento, contribuindo com as suas competências diferenciadas para melhorar a qualidade de vida do utente e cuidador informal.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação, alta hospitalar, reabilitação no domicílio.

ABSTRACT

Introduction: The Cerebrovascular Accident (CVA) is among the leading causes of mortality and morbidity worldwide. In addition to the functional and cognitive changes it causes, it becomes a social problem that interferes with the role an individual plays in society. In considering the disabilities resulting from this disease, the need for an informal carer that provides home support often arises. Therefore, the monitoring of the user and carer becomes essential for the health team, especially for the Nurse Specialized in Rehabilitation Nursing (NSRN). Bearing in mind the specific skills, he/she is the professional who is capable of promoting an adequate preparation of the hospital discharge and of a safe home return, thus contributing to the successful rehabilitation and welfare of all interveners.

Aims: Develop the knowledge on the life experiences and needs of user and informal carer in the process of the transition of cares to the home after hospital discharge, and understand the potential contribution of the NSRN.

Methods: We used a qualitative methodology. The sample consisted of 5 users who had experienced a CVA and 4 informal carers of users who had suffered a CVA. A semi-structured interview was applied at the homes of the participants after approximately 30 to 40 days of hospital discharge.

Results: The results showed needs felt by the users and carers in areas such as the transmission of information and preparation of the hospital discharge, as well as at home. They faced difficulties and changes that had physical and emotional impact on their daily lives.

Conclusion: It became clear that the NSRN, along with the whole team, can positively potentiate the process of care continuity, starting during hospitalization, and contribute with their different skills to improve the quality of life of the user and informal carer.

Keywords: Cerebrovascular Accident, Rehabilitation Nursing, hospital discharge, rehabilitation at home.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	22
1.1. Contextualização Epidemiológica	22
1.2. Etiologia do Acidente Vascular Cerebral	24
1.2.1. AVC Isquémico.....	24
1.2.2. AVC Hemorrágico	25
1.3. Fatores de Risco	26
1.3.1. Fatores de Risco Não Modificáveis.....	27
1.3.2. Fatores de Risco Modificáveis	28
1.4. Territórios Vasculares Afetados e Manifestações Clínicas do AVC	30
1.5. Diagnóstico	32
1.6. Tratamento.....	33
1.7. Prevenção do Acidente Vascular Cerebral.....	35
2. O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO UTENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	37
2.1. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	39
3. PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA	48
3.1. Promover a Autonomia e a Independência Funcional no Utente com Acidente Vascular Cerebral.....	49
3.2. Planear a Alta Hospitalar.....	52
4. A REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO	57
4.1. A Família no Processo de Cuidar do Utente com Acidente Vascular Cerebral	58
4.2. Repercussões da Prestação de Cuidados Informais no Domicílio.....	61
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	63
1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	63
1.1. Conceptualização do Estudo.....	64
1.2. Objetivos do Estudo	65
1.3. Questões de Investigação.....	66
1.4. Caracterização da Unidade de AVC.....	66

1.5. Seleção dos Participantes	67
1.6. Critérios de Inclusão	68
1.7. Calendarização das Ações	68
1.8. Recolha de Informação	68
1.9. Análise de Dados	69
1.10. Considerações Éticas	70
1.11. Limites do Estudo	71
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	72
2.1. Caracterização dos Participantes	74
2.2. O Utente Durante o Internamento	77
2.3. Regresso do Utente ao Domicílio	93
2.4. O Cuidador Informal Durante o Internamento	103
2.5. O Cuidador Informal no Regresso ao Domicílio	112
CONCLUSÃO	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Guião orientador da entrevista semiestruturada	
Apêndice 2 – Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica dos utentes	
Apêndice 3 – Grelha de categorização do conteúdo das entrevistas	
Apêndice 4 – Pedido de autorização ao conselho de Administração do Hospital e Comissão de Ética	
Apêndice 5 – Autorização do conselho de Administração do Hospital e Comissão de Ética	
Apêndice 6 – Autorização para recolha de dados ao Diretor do Serviço de Medicina Interna	
Apêndice 7 – Autorização de recolha de dados ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Medicina Interna	
Apêndice 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores de Risco do AVC	26
Quadro 2 – Fatores de Risco não Modificáveis	27
Quadro 3 – Fatores de Risco Modificáveis	28
Quadro 4 – Manifestações Clínicas do AVC Isquémico	30
Quadro 5 – Manifestações Clínicas do AVC Hemorrágico	31
Quadro 6 – Categorização dos Temas	72
Quadro 7 – Caracterização dos Utentes Participantes	74
Quadro 8 – Caracterização dos Cuidadores Informais Participantes	76

INTRODUÇÃO

Em 1995, através de um grupo de peritos surgiu a declaração de Helsingborg, que abordava a gestão do AVC e, na qual se estabeleceu um conjunto de metas a serem atingidas até ao ano 2005. Esta declaração visava um plano de cuidados organizados a prestar ao utente com AVC, onde todos teriam acesso a medidas de prevenção secundária apropriadas, bem como a uma unidade ou equipa especializada. De salientar que os cuidados de reabilitação se encontravam contemplados nesta declaração (Ferraz, 2003).

Através das Estratégias Europeias para o AVC (Declaração de Helsingborg), salientaram-se como objetivos para 2015 o acesso à continuidade de cuidados, desde a fase aguda nas Unidades de AVC (UAVC) até à reabilitação precoce e prevenção secundária. O tratamento na fase aguda do AVC potencialmente elegível deve ser em hospital com meios técnicos e especializados, com a existência de um sistema de recolha de dados para avaliação da qualidade do tratamento do AVC por todos os estados membros, e ainda, sensibilização da parte de todos os países à população para a redução de fatores de risco para o AVC, sobretudo a hipertensão arterial (HTA) e o tabagismo (Associação AVC, 2015).

As doenças cardiovasculares encontram-se entre o grupo de doenças com causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal. Tendo em conta que afetam o sistema circulatório em diferentes localizações, pode-se considerar que o AVC faz parte assim da doença cerebrovascular (Ferreira, Neves & Rodrigues, 2013). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, o AVC foi considerado a segunda principal causa de morte e de incapacidade, sendo que a maior parte das vezes deixa inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais, limitando a capacidade funcional do indivíduo na realização de modo independente das suas atividades de vida diária (AVD) (Cunha, 2014). Em Portugal é a primeira causa de morte (Sá, 2009).

A *National Stroke Association* (2012), referida por Ribeiro (2013) estima que do universo de utentes com AVC:

10% dos sobreviventes recuperam quase integralmente; 25% recuperam com sequelas mínimas; 40% apresentam incapacidade moderada a grave que necessita de acompanhamento específico; 10% necessitam de tratamento a longo prazo numa unidade especializada; 15% morrem pouco depois do episódio e 14% dos sobreviventes têm um segundo episódio ainda durante o 1º ano.

Tendo em conta o atual envelhecimento demográfico da população, associado a baixa de natalidade e a um aumento da esperança média de vida, deparamo-nos assim com pessoas mais dependentes. Sendo que o AVC aparece sobretudo em faixas etárias mais elevadas, é considerável a necessidade de uma maior quantidade e qualidade de cuidados adicionais (Natário et al., 2001).

Tem-se verificado que o tempo médio de internamento hospitalar tem vindo a diminuir, refletindo-se uma resposta insuficiente às pessoas com perda de funcionalidade e capacidade para a satisfação das suas AVD, uma vez que no hospital esta perda de funcionalidade não é de todo suprida. Os internamentos cada vez mais curtos, exigem da família a capacidade de assumir a continuidade dos cuidados à pessoa dependente quando esta regressa ao seu domicílio, tornando-se esta um recurso fundamental (Pereira, 2013a). Uma vez que o AVC tem um aparecimento súbito, a preparação psicológica e o envolvimento da família neste processo de transição para a continuidade de cuidados em casa, não é de todo realizada, assumindo-se neste contexto a preparação da alta hospitalar um ponto fundamental. Atendendo que as sequelas do AVC são frequentes, e que poderão provocar incapacidades temporárias e/ou permanentes, o equilíbrio da família sofre alteração na sua dinâmica, originando que o regresso a casa se torne um fator gerador de *stress*, problemas e angústias (Simões & Grilo, 2012).

A preparação da alta hospitalar para o regresso a casa envolve assim o utente e a família, nomeadamente o cuidador informal, a equipa multidisciplinar de cuidados (entre eles o enfermeiro), e deve programar-se desde o início do internamento, contribuindo para potenciar uma melhoria do estado de saúde e independência das AVD, promovendo a reintegração dos utentes e cuidadores na comunidade no sentido de obterem ambos uma melhor qualidade de vida (Simões & Grilo, 2012). Deste modo, o regresso a casa de uma pessoa com dependência

para o seu autocuidado poderá potenciar riscos, atendendo que provoca alterações de saúde ao próprio como também às relações envolventes no seu núcleo familiar. Muitas das vezes a transição dos cuidados hospitalares para o domicílio é realizada sem que previamente se avaliem as condições habitacionais, sociais, económicas, físicas e psicológicas, comprometendo não só a qualidade dos cuidados como também a estrutura e equilíbrio familiar (Pereira, 2013a). Ao utente e cuidador informal o enfermeiro deve transmitir conhecimentos acerca do autocuidado, através da realização de ensinamentos e treino de técnicas como as transferências, mobilização, alimentação, vestir/despir, comunicação, higiene e eliminação, contribuindo para que o utente e cuidador se sintam confiantes e não com sentimentos desagradáveis que possam comprometer a continuidade de cuidados. Outro aspeto relevante é que o enfermeiro deve estabelecer a ponte para o apoio e informação fora do hospital, quer com outros enfermeiros, quer em articulação com outras entidades (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2010).

Neste seguimento o processo de reabilitação no AVC visa assim o restabelecimento da independência da pessoa ou recuperação do seu nível de função pré-lesão ou pré-incapacidade (Branco & Santos, 2010). A reabilitação assume também a envolvência da família/cuidador neste processo de readaptação, uma vez que a doença não só afeta o utente como também toda a família. Os esforços para maximizar a capacidade funcional do utente minimizando e/ou prevenindo as sequelas da doença, têm-se revelado um grande desafio para a Enfermagem, e em especial para a Enfermagem de Reabilitação (ER). A essência da ER é proporcionar intervenções que melhorem a função e limitem o impacto da incapacidade, habilitando a pessoa a proceder ao ajuste social, físico e emocional através do conhecimento de técnicas e de atitudes necessárias (Hoeman, 2000). As intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) passam por colaborar com o utente e família desde a admissão ao momento da alta, bem como colaborar no ajuste ao domicílio, para que seja um espaço com o mínimo de riscos (Figueiredo, 2014). Deste modo torna-se um elemento importante, uma vez que presta auxílio nesta fase de transição dos cuidados do hospital para o domicílio, favorecendo uma melhor recuperação.

O conhecimento do processo de preparação da alta hospitalar e de transição de cuidados para o regresso a casa é assim importante, a necessidade dos cuidados não só ao utente como também ao seu cuidador informal deve ser valorizada e tida em conta, no sentido de proporcionar e promover uma melhor qualidade de vida na transição e readaptação ao domicílio. De salientar que o EEER “intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, em momentos como o planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade” (Regulamento de Competências Específicas do EEER nº125/2011). Incentivar a autonomia de modo a proporcionar continuidade nos cuidados é um dos grandes objetivos da ER, que nos remete para a capacidade da pessoa para o autocuidado, potenciando e estimulando a satisfação das AVD.

A necessidade de apoio nos processos de transição, passa por entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Petronilho, 2007, p. 31). Nesta investigação, a Teoria de Enfermagem de Afaf Meleis ajuda-nos a perceber os processos de vulnerabilidade quer dos utentes, quer dos prestadores de cuidados no processo de transição, sendo que a preparação do regresso a casa e todos os fatores envolventes devem ser tidos em conta por parte da enfermagem. Pereira (2013a), reforça que conhecer o processo de transição facilita uma adaptação saudável, impedindo resultados negativos no decorrer da experiência, sendo assim necessário dotar os utentes e cuidadores de recursos que possibilitem uma transição saudável. Para Meleis (2012), a transição é uma passagem de um estado estável para outro estado estável, um processo caracterizado por uma mudança. A transição ocorre durante o desenvolvimento ao longo da vida do indivíduo, no qual ocorrem eventos marcantes, que podem produzir desequilíbrio. Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa influenciando assim, o resultado das mesmas.

É neste contexto que surge o interesse em explorar o fenómeno acerca das vivências e necessidades sentidas pelo utente e cuidador informal após a alta hospitalar, e no processo de transição de cuidados para o domicílio, bem como é

uma área onde o EEER se deverá constituir como protagonista, pelo seu nível elevado de conhecimento e experiência acrescida. É por esta necessidade de aprofundar e desenvolver conhecimento na temática que surge assim o presente trabalho, com o tema: “O Regresso ao Domicílio do Utente com AVC: Potenciais Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A dimensão metodológica do presente trabalho insere-se numa metodologia qualitativa, uma vez que se relaciona com a necessidade de compreender e desenvolver conhecimento acerca das vivências e necessidades dos participantes. O presente trabalho está estruturado inicialmente pela introdução, onde se salienta a pertinência e justificação do tema escolhido, bem como se encontra de modo resumido a estrutura do trabalho. Posteriormente está dividido em duas partes, na primeira intitulada de “Enquadramento Teórico”, é exposto o enquadramento teórico e conceptual do tema em estudo. Está dividida em quatro capítulos onde são abordados os seguintes temas principais: abordagem ao AVC; o processo de reabilitação do utente com AVC; a preparação do regresso a casa e por último a reabilitação no domicílio. A segunda parte do trabalho engloba dois capítulos, o primeiro diz respeito à metodologia a utilizar para este estudo, e o segundo abrange toda a apresentação e discussão dos dados. Contém ainda um capítulo para as conclusões, as referências bibliográficas e os apêndices.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC é caracterizado por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que vai provocar destruição ou dano numa parte do cérebro, resultando num conjunto de sintomas de deficiência neurológica, durante pelo menos 24 horas. As lesões cerebrais são provocadas por um enfarte, devido a isquémia ou hemorragia no sistema nervoso central, comprometendo a função cerebral. Pode ocorrer de forma súbita, devido à presença de fatores de risco vascular ou ainda por um defeito neurológico focal (aneurisma) (Ricardo, 2012). A extensão e localização da lesão do tecido nervoso levará a diferentes consequências (Martins, 2002).

A OMS em 2009, define o AVC como o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, os sintomas permanecem por um período superior a 24 horas. Manifesta-se de modo diferente de pessoa para pessoa, tendo em conta a área do cérebro lesada, a extensão dessa lesão, antecedentes de comorbilidades prévias, das características individuais e familiares e do estado geral de saúde (Cunha, 2014).

1.1. Contextualização Epidemiológica

A DGS no ano de 2006 apontou o AVC como umas das principais causas de mortalidade e morbilidade a nível mundial, alterando e prejudicando a qualidade de vida do utente. Dados da OMS em 2008, referentes ao programa global sobre as doenças, revela por exemplo que mais de 85% dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) afetam os países mais pobres em comparação com os mais ricos, atendendo ao facto de estes realizarem intervenções para diminuir a ocorrência e programas de prevenção. A nível global o AVC representa 10% das mortes ocorridas, de salientar também que é nos países mais pobres que o impacto da doença em termos de incapacidades e de dependência é mais notório, mesmo sendo nestes países onde existe menor esperança média de vida (Sá,

2009). Nos países industrializados é a terceira causa de morte, estando abaixo da doença cardiovascular e do cancro (*European Stroke Initiative* (EUSI), 2003).

Estudos da DGS no ano 2004, revelaram que 14% dos utentes apresentam incapacidade considerada grave, 15% ligeira e 59% ficam independentes. Também dados da Sociedade Portuguesa do AVC no ano 2008, revelaram uma estimativa em que 10% dos indivíduos que sofreram um AVC ficam totalmente incapazes e somente em 30% é recuperada a função neurológica anterior, sendo este último grupo mais suscetível a um risco de recidiva de 20% por ano. Incluindo as unidades de agudos com todos os recursos como a trombólise, menos de um terço dos utentes com AVC recuperam na totalidade (Ricardo, 2012). De acordo com projeções das Nações Unidas e atendendo ao envelhecimento da população, estima-se que ocorram em 2025, 1,5 milhões de AVCs na Europa (Sá, 2009).

Em Portugal o AVC é a principal causa de morte. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2014, o número de óbitos por doença cerebrovascular em 2012 era de 13.020, comparativamente com os 13.994 no ano de 2008 (Ferreira, Neves & Rodrigues, 2014). Portugal, em relação aos restantes países da União Europeia, apresenta maior número de AVCs em idades mais jovens e apresenta maior ocorrência de AVC Hemorrágico. Aspetos relacionados com a redução dos níveis médios de atividade física regular da população em todos os grupos etários, devido não só ao estilo de vida, mas também ao desenvolvimento económico e social, sendo esta uma das medidas de maior impacto e com melhor relação custo – benefício na redução da incidência e da gravidade das doenças cardiovasculares (Phipps, Sands & Marek, 2003).

1.2. Etiologia do Acidente Vascular Cerebral

Existem várias classificações de AVC que não são uniformes, no entanto, as mais utilizadas baseiam-se no critério etiológico. Deste modo o AVC é agrupado em duas grandes classes: Isquêmico e Hemorrágico (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012).

1.2.1. AVC Isquêmico

O AVC isquêmico pode ainda ser classificado em AVC Trombótico, Embólico e Lacunar e representa 85% dos AVCs (Leal, 2001). O AVC isquêmico é causado por uma oclusão vascular localizada, levando à interrupção do fornecimento de oxigênio e glicose ao tecido cerebral, afetando subsequentemente os processos metabólicos do território envolvido (Branco & Santos, 2010).

O AVC trombótico acontece quando a causa do processo patológico que provoca interrupção no vaso ocorre no próprio local da oclusão. Existe formação de placas de atheroma, surgindo um processo de coagulação devido à acumulação de plaquetas, originando a formação de trombos que irão obstruir total ou parcialmente a passagem de sangue às células cerebrais (Martins, 2002).

No AVC Embólico ocorre a oclusão arterial por um corpo estranho (êmbolo) que se encontra em circulação na corrente sanguínea, deslocando-se até às artérias cerebrais. Este tipo de AVC está associado normalmente à fibrilhação auricular e a outras arritmias, enfarte do miocárdio, endocardites bacterianas, complicações de cirurgia valvular, sendo a maior parte dos êmbolos de origem cardíaca (Martins, 2002).

A ocorrência de um AVC lacunar representa cerca de 10% de todos os AVCs. A causa deve-se a pequenos enfartes por oclusão de ramos arteriais perfurantes do cérebro e estão associados à hipertensão arterial não controlada (Martins, 2002). De salientar ainda que se a obstrução deixar de existir e a circulação for retomada, pode-se estar perante um Acidente Isquêmico Transitório

(AIT), o qual poderá ser considerado um sinal de aviso da eminência de um AVC. Estima-se que ocorra em 50 a 75% dos utentes com AVC do território carotídeo, sendo que a maioria resolve nos primeiros 20 minutos e 90% nas 4 horas seguintes (Santos, 2013).

1.2.2. AVC Hemorrágico

O AVC hemorrágico, geralmente o mais grave, apresenta mortalidade até 50% nos 30 dias subsequentes (Menoita et al., 2012). É definido por uma hemorragia, uma extravasão difusa/localizada de sangue no parênquima cerebral que leva à destruição de tecido (Branco & Santos, 2010). Está associado a fatores predisponentes como a HTA, tumores, aneurismas congénitos, arteriosclerose, traumatismos cranioencefálicos, entre outros (Menoita et al., 2012). Pode ser dividido em Hemorragia Intracerebral, Parenquimatosa e Subaracnóideia (Martins, 2002).

A hemorragia intracerebral é mais frequente em pessoas com HTA e arteriosclerose cerebral, resulta da rutura hipertensiva de um vaso cerebral dependendo a sua evolução da localização e extensão da lesão, normalmente associada a esforços ou eventos emocionantes (Martins, 2002).

A hemorragia parenquimatosa ocorre nos gânglios da base, a protuberância e o cerebelo. Esta ocorre nos pequenos vasos perfurantes, mais frequentemente nos ramos das artérias cerebrais e nos paramedianos da artéria basilar (Martins, 2002).

A hemorragia subaracnóideia habitualmente é causada pela rutura de artérias superficiais, aneurismas saculares, malformações vasculares intracranianas, angiomas arteriovenosos ou traumatismos. Este é o menos frequente, associado a mecanismos desencadeantes como: o esforço físico, defecação, tosse, relações sexuais e exposição prolongada ao sol. Sintomas como, cefaleias intensas, transtornos da vigília, fotofobia e sinais de irritação das meninges, ocorrem de forma brusca (Martins, 2006).

1.3. Fatores de Risco

Martins (2006), citado por Branco & Santos (2010, p.13), salienta que os fatores de risco surgem associados, potencializando-se mutuamente e conduzindo a um sinergismo do risco, dificultando o reconhecimento do seu papel individual. Ferro & Pimentel (2006), dividem os fatores de risco em modificáveis e não modificáveis, como se observa no seguinte quadro.

Quadro 1. Fatores de Risco do AVC

Fatores de Risco Não Modificáveis	<ul style="list-style-type: none">- Idade- Género- Etnia
Fatores de Risco Modificáveis	<ul style="list-style-type: none">- Hipertensão Arterial- Diabetes Mellitus- Hiperlipidémia- Tabagismo- Alcoolismo- Obesidade- Sedentarismo- Acidente Isquémico Transitório

Fonte: Adaptado de: Ferro, J., Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel.

1.3.1. Fatores de Risco Não Modificáveis

Seguem-se no seguinte quadro os fatores de risco não modificáveis.

Quadro 2. Fatores de Risco não Modificáveis

Fatores de Risco não Modificáveis	
Idade	A idade é o fator de risco de grande relevância para a ocorrência de AVC, aumentando o seu risco de desenvolvimento à medida que a idade do indivíduo aumenta (Menoita et al., 2012). A frequência com que ocorre um AVC aumenta exponencialmente com a idade, acima dos 50 – 60 anos ou a partir dos mesmos (Ferro, 2000, p.9).
Gênero	O homem encontra-se mais vulnerável à doença, enquanto a mulher em pré menopausa apresenta concentrações elevadas de estrogénios, os quais têm efeito protetor contra as doenças cerebrovasculares, nomeadamente no AVC (Branco & Santos, 2010). No entanto, Ferreira, Fernando, Ferreira, Rodrigues & Cruz, 2006, referem que entre os 35 e 44 anos as mulheres têm maior incidência provavelmente relacionada com a gravidez e o uso de contraceptivos orais. Sendo os AVCs mais frequentes no sexo masculino, a mortalidade é maior no sexo feminino, devido provavelmente ao facto do AVC na mulher ocorrer em idades mais avançadas (Ferro, 2000).
Etnia	Certos grupos étnicos como indivíduos de raça negra têm maior probabilidade de desenvolver um AVC, quando comparados com indivíduos de raça caucasiana, sendo este de grande severidade e com risco de morte aumentado (Ferro, 2000).

1.3.2. Fatores de Risco Modificáveis

Seguem-se no seguinte quadro os fatores de risco modificáveis.

Quadro 3. Fatores de Risco Modificáveis

Fatores de Risco Modificáveis	
Hipertensão Arterial	A HTA é o fator de risco modificável com mais significado para o AVC. Se associado ao aumento da idade é ainda mais relevante (Ferro, 2000). As pessoas com HTA (pressão arterial superior a 140/90 mmHg) têm risco acrescido quatro a seis vezes superior em relação às que têm pressão arterial dentro da normalidade (pressão arterial +- 120/80 mmHg) (Menoita et al., 2012). Gonçalves (2004) referido por Salgueiro (2008), refere que entre 65 a 70% das pessoas com AVC têm HTA.
Diabetes Mellitus	A Diabetes Mellitus (DM) é considerada também um dos fatores de risco para o AVC, em particular nos trombóticos, e o risco de AVC se associado a outros fatores como a HTA e a hiperlipidémia tende a ser maior (Menoita et al., 2012). No entanto, observa-se na população portuguesa maior incidência de AVC para quem tem diabetes em relação a quem não tem (Martins, 2002).
Hiperlipidémia	A hiperlipidémia faz com que exista uma acumulação de cristais de colesterol nas paredes dos vasos, reduzindo a elasticidade dos vasos e provocando um aumento da pressão arterial (Salgueiro, 2008). Indivíduos que tenham colesterol total superior a 240 mg/dl, têm maior risco de desenvolver AVC isquémico em relação às que têm valores inferiores (Menoita et al., 2012).
Tabagismo	É o segundo fator de risco depois da HTA. Este fator aumenta o risco duas a quatro vezes, podendo contribuir até 12 a 14% das mortes por AVC (Ferreira et al, 2006).

Alcoolismo	Quantidades moderadas de álcool ingeridas podem diminuir o risco, no entanto quando ingerido em excesso propicia o aumento de AVCs (Ferro & Pimentel, 2006).
Obesidade	Trata-se de um dos fatores de risco modificáveis mais importantes, potencializando outros associados (DM, hiperlipidemia, HTA), conduzindo ao maior risco de AVC. Um excesso de peso ponderal de 20% em relação ao peso de referência pode contribuir para um aumento de oito vezes na incidência da HTA (Menoita et al., 2012).
Sedentarismo	O exercício físico é benéfico na prevenção do AVC, bem como em outros fatores de risco cardiovasculares (HTA, hiperlipidemia, DM) (Menoita et al., 2012). Os indivíduos fisicamente ativos apresentam menor risco de AVC ou morte em relação aos que apresentam baixa atividade física (Ferro, Henriques & Fonseca, 2008).
Acidente Isquêmico Transitório	Menoita et al., (2012), referindo Caldas (1986) e Nobre (2004), referem que 22 a 51% podem ter um AVC no prazo de 5 anos quando não tratadas, e cerca de metade vem a sofrer de isquemia do miocárdio.
Fibrilhação Auricular	Pode ser definida com a disritmia auricular mais rápida. O complexo “QRS” é geralmente normal, mas o ritmo ventricular é desordenado (Phipps et al, 2003). Indivíduos com Fibrilhação Auricular (FA) têm o risco aumentado de desenvolver um AVC para mais de 5% por ano (Ricardo, 2012).

1.4. Territórios Vasculares Afetados e Manifestações Clínicas do AVC

O AVC isquémico distribui-se por territórios arteriais e o hemorrágico distribui-se nos locais de maior fragilidade vascular (Menoita et al., 2012). A oclusão das diferentes artérias cerebrais origina quadros clínicos distintos, com os sinais clínicos específicos e características, tendo em conta a artéria envolvida. No quadro que se segue descrevem-se as distintas manifestações clínicas:

Quadro 4. Manifestações Clínicas do AVC Isquémico

Artérias	Manifestações clínicas
Artéria cerebral anterior	<ul style="list-style-type: none">• Parésia do membro inferior contralateral;• Síndrome frontal;• Afasia transcortical (hemisfério esquerdo);
Artéria cerebral média	<ul style="list-style-type: none">• Hemiparésia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia global, alexia, agrafia, apraxia, neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparésia
Artéria cerebral posterior	<ul style="list-style-type: none">• Hemianópsia contralateral, hemi-hipostesia contralateral;• Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo);• Agnosia para cores (hemisfério esquerdo);• Agnosia visual (hemisfério esquerdo);
Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos	<ul style="list-style-type: none">• Desequilíbrio, ataxia;• Nistágmo;• Diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados;• Disartria;• Disfagia, soluços;• Coma;• Parésias e/ou alterações da sensibilidade.

Fonte: Adaptado de: Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

No AVC hemorrágico, as principais manifestações clínicas estão relacionadas com o local da hemorragia, se é subaracnóideia ou intracerebral. No quadro que se segue, descrevem-se de modo resumido:

Quadro 5. Manifestações Clínicas do AVC Hemorrágico

Hemorragia Subaracnóideia	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleias súbitas e intensas associadas a esforços; • Náuseas e vômitos; • Alterações da vigília; • Sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca).
Hemorragia Intracerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Hemisférica Profunda: hemiparésia contralateral, afasia global, neglect, desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparésia, náuseas e vômitos; • Hemisférica lobar: hemianópsia, neglect, défices visuo-espaciais, cefaleias; • Cerebelo: náuseas e vômitos, desequilíbrio, cefaleias, vertigem; • Protuberância: tetraparésia, pupilas mióticas, coma.

Fonte: Adaptado de: Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

1.5. Diagnóstico

É importante que logo que se suspeite de um AVC, os utentes ou familiares contactem os serviços de emergência médica. O sucesso do tratamento passa pelo reconhecimento pelo público e profissionais de saúde de que o AVC é uma emergência (*European Stroke Organisation* (ESO), 2008). Os utentes com suspeita de AVC devem ser transportados o mais rápido possível para o hospital mais próximo que tenha uma UAVC, a qual possa proporcionar tratamento precoce. Perante a clínica de um AVC, tendo em conta o seu início súbito, sintomas e sinais focais, bem como existência de fatores de risco, é necessário realizar um diagnóstico diferencial de AVC. Quando confirmado é importante verificar o tempo de evolução, a tipologia etiológica e territorial, bem como o porquê da sua ocorrência. Se o início de sintomas tenha ocorrido há menos de 3 horas devem ter prioridade na avaliação e transporte para eventual fibrinólise (Ricardo, 2012). As recomendações da ESO de 2008 propõem tempo inferior a 3 horas, no entanto o espaço temporal foi alargado em 2009 para 4 horas e 30 minutos, não tendo sido ainda autorizadas pela *European Medicines Agency* (EMA) e pelo INFARMED (DGS, 2010).

Os exames complementares utilizados para investigar doenças vasculares do sistema nervoso baseiam-se na tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, angiografia cerebral, angiografia de subtração digital, punção lombar e eletroencefalografia. Outros exames como o ultra som, doppler das artérias carótidas e vertebrais, o eletrocardiograma, a radiografia do tórax e o ecocardiograma com estudo doppler são também recomendados (Menoita et al., 2012). O estudo da coagulação, função hepática e renal e marcadores gerais de infeção bem como o estudo hematológico e dos eletrólitos devem fazer parte dos exames solicitados, e em caso de suspeita de clínica de hemorragia subaracnóideia uma punção lombar poderá ser efetuada (EUSI, 2003).

1.6. Tratamento

O AVC requer internamento hospitalar, no sentido de prevenir e reduzir as sequelas. Os utentes são encaminhados para um serviço de Medicina ou Neurologia. Assim, e atendendo ao grande número de pessoas incapacitadas por AVC, e no sentido de tomar o tratamento mais eficaz a DGS propôs em 2001 a constituição da Via Verde de AVC. Tem como principal objetivo, que os utentes com diagnóstico de AVC isquémico tenham acesso a tratamento farmacológico (trombólise) em tempo útil. Perante a necessidade de abordar melhores cuidados durante o internamento, maior acompanhamento no ambulatório e também maior articulação com outras instituições, são também criadas as UAVC, que têm contribuído para a obtenção de maiores ganhos em saúde (Natário et al., 2001). Estas têm como finalidade a redução do tempo de internamento em hospitais de agudos, bem como, redução da incapacidade e complicações impostas pelo AVC. Outra das finalidades é também facilitar a integração e regresso do utente e família ao seu domicílio e sociedade. Os seus objetivos passam pelo início precoce do tratamento e a neuro-reabilitação; identificação de fatores de risco e prevenção de complicações; diminuição do impacto das sequelas impostas pelo AVC; tratamento de situações comórbidas e ainda desenvolvimento de planos de alta e de seguimento adequados (Natário et al., 2001). Ou seja, os cuidados ao utente com AVC devem ser realizados por uma equipa multidisciplinar, com objetivo comum que é tornar a pessoa o mais independente possível.

Neste sentido e abordando o tratamento clínico no AVC isquémico, o principal objetivo na fase aguda é limitar a evolução da zona de penumbra isquémica e prevenir recidivas precoces, tornando-se então fundamental o controlo dos parâmetros fisiológicos, a reperfusão e a terapêutica antitrombótica (Menoita et al., 2012). Esta passa pela terapêutica trombolítica que é a escolha de eleição perante um AVC em fase aguda. É utilizado rt-PA (*Recombinant Tissue Plasminogen Activated*), administrado dentro de um período de tempo inferior a 4 horas e 30 minutos após a instalação do AVC. Esta terapêutica melhora significativamente o prognóstico de utentes com AVC isquémico agudo. No entanto devido ao seu risco de hemorragia é necessário que o utente esteja monitorizado nas primeiras 24 horas após trombólise (Ricardo, 2012). É

fundamental proceder a monitorização da pressão arterial, a qual deve ser inferior a 220-120mmHg, e só no caso de ser superior a estes valores é que se avança para o tratamento da mesma para não correr o risco de hipoperfusão da área afetada (Menoita et al., 2012).

Se o diagnóstico for AVC hemorrágico, o tratamento necessário baseia-se no controlo da HTA (mantendo-a em limites inferiores a 180-110 mmHg) e verificar a necessidade de uma intervenção cirúrgica (Menoita et al., 2012).

Contudo é também necessário observar e estar atento a outros aspetos como a monitorização da permeabilidade da via aérea e pulmonar através da oximetria. Uma boa oxigenação cerebral é importante para preservar a zona isquémica. A glicemia capilar é outro parâmetro que deve ser monitorizado, uma vez que a existência prévia de uma DM pode descompensar na fase aguda do AVC e a hiperglicemia está associada a um envolvimento cortical e volumes maiores de enfarte. A prevenção da desidratação deve ser realizada através da administração de fluidos e eletrólitos. A vigilância da temperatura corporal é importante, uma vez que a febre pode aumentar o tamanho do enfarte. A elevação da cabeceira da cama até 30º deve ser respeitada, bem como a prevenção de estímulos nociceptivos e alívio da dor para prevenir o edema cerebral. É ainda necessário a mudança frequente de posição dos utentes imobilizados no sentido de evitar as úlceras de decúbito (ESO, 2008). As complicações mais frequentes e para as quais se deve estar atento, podem ser respiratórias como a pneumonia, infeção respiratória e embolia pulmonar, bem como as do foro motor como o ombro doloroso, subluxação do ombro e edema da mão (Branco & Santos, 2010).

1.7. Prevenção do Acidente Vascular Cerebral

É através da prevenção que o AVC pode ser evitável e atualmente tratável (Sá, 2009). Podemos então falar de prevenção primária e secundária (Menoita et al., 2012). A prevenção primária passa pela mudança de comportamentos e estilos de vida e do conhecimento dos fatores de risco do AVC. Torna-se assim necessário corrigir a tempo as doenças que são fatores de risco cerebrovasculares, nomeadamente a HTA, a diabetes, as dislipidemias, a obesidade e o excesso ponderal de peso (Sá, 2009). A avaliação da tensão arterial e o seu controle através de tratamento farmacológico, é primordial nos cuidados de saúde de rotina, bem como o controlo rigoroso dos níveis de glicemia na DM, o incentivo para que os fumadores deixem de fumar e o desencorajamento ao consumo excessivo do álcool, bem como a realização de exercício físico regular, são pontos chave para a diminuição do AVC (EUSI, 2003).

A população deve ser alertada para os benefícios de uma correta alimentação, diminuindo o consumo de gorduras, sal e açúcares, e aumentando a ingestão de fibras, frutas e vegetais. Informar sobre os malefícios do tabaco e álcool, e incentivar a prática regular de exercício físico. Após a ocorrência de um AVC as mesmas medidas são aplicáveis, falamos assim de prevenção secundária. É necessário a existência de um correto diagnóstico e identificação de fatores de risco, para que se possa adotar as respetivas intervenções. Estas intervenções podem ser divididas em três grupos: medidas gerais, terapêutica farmacológica, antitrombótica e endarterectomia (Salgueiro, 2008). Salientando as medidas gerais, estas incluem um estilo de vida saudável, com prática regular de exercício físico e controlo do peso corporal, adotando uma dieta equilibrada. As dietas devem basear-se no consumo pobre de sódio e gorduras saturadas, consumindo de preferência alimentos como o peixe, fruta, cereais, azeite e legumes (Menoita et al., 2012). O combate a fatores de risco modificáveis tem vindo a surtir algum efeito, devido à sensibilização das autoridades e da sociedade em geral: por exemplo na HTA, salienta-se a restrição da quantidade de sal no pão a 1,4 gr/100 gr; o tabaco também é alvo de campanhas e atitudes

legislativas, erradicando o consumo de tabaco em espaços fechados (Oliveira, 2012).

É necessário que a população permaneça informada dos fatores de risco destas doenças, passando este papel por todos os que trabalham na atenuação da dependência e da incapacidade como consequência do AVC, envolvendo assim profissionais do campo da saúde (de especial relevância aos enfermeiros que assumem papel de educadores), políticos, família e equipas de apoio social (Sá, 2009).

2. O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO UTENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O processo de Reabilitação é sem dúvida fundamental para a obtenção de qualidade de vida, não só ao utente como também à sua família. Pretende-se minimizar os défices impostos pela doença capacitando o utente, no sentido de potenciar a manutenção das suas funções físicas, psicológicas e sociais (Ferro et al., 2008).

Para Gresham et al, (1997) citado por Ribeiro (2013, p.17), o processo de reabilitação envolve seis áreas principais de intervenção:

1. Prevenção, reconhecimento e gestão das complicações e co-morbilidades;
2. Treino para o máximo de independência;
3. Maximizar a capacidade do indivíduo e família para lidar com a situação e se adaptarem;
4. Prevenção da deficiência secundária promovendo a reintegração social, incluindo o regresso a casa, às actividades em família, lazer, profissionais, recreacionais e vocacionais;
5. Melhorar a qualidade de vida tendo em conta o défice residual;
6. Prevenção de um AVC recorrente ou outros eventos vasculares.

Martins (2002), salienta que a reabilitação tem como objetivos a recuperação e reintegração do utente, diminuindo as incapacidades e desvantagens, potenciando deste modo a maximização do potencial funcional (melhoria das funções físicas, intelectuais, psicológicas e sociais). A reabilitação deve iniciar-se o mais cedo possível, reduzindo deste modo o grau de dependência após o AVC, e sempre que possível iniciada e realizada por uma equipa multidisciplinar em UAVC (EUSI, 2003). Com a criação das Vias Verdes do AVC registou-se uma redução na mortalidade e morbilidade global decorrente do AVC. Os indicadores revelam uma evolução positiva que se traduz no empenho eficaz e continuado de todos os profissionais envolvidos (Ferreira, 2011). Como salienta Hesbeen (2003), o programa de reabilitação deve ser iniciado o mais cedo possível, atendendo à estabilização clínica do utente e à identificação das suas limitações, ou seja, entre as quarenta e oito e as setenta e duas horas após AVC.

É recomendável também a reabilitação durante um ano após a alta hospitalar, aumentando gradualmente a sua intensidade e duração no sentido de melhorar as capacidades para as AVD. Mobilizar o utente precocemente vai prevenir complicações como úlceras de pressão, contracturas, pneumonia de aspiração entre outros, sendo assim uma intervenção fundamental da reabilitação, no entanto não é de todo consensual. Associa-se uma melhoria funcional com o aumento de intensidade da reabilitação, nomeadamente no treino de AVD, sendo que a duração ideal não está totalmente definida (EUSI, 2003). Os cuidados durante a reabilitação devem ser orientados tanto para o utente como para a família. Novas formas de readaptação às AVD, como comer, vestir e despir devem ser tomadas em conta no sentido de maximizar o maior grau de autonomia possível (DGS, 2010). A reabilitação é possível tendo em conta a grande capacidade do cérebro em aprender e mudar. Sabe-se que as células de áreas do cérebro não afetadas podem retomar as funções que as células afetadas realizavam, denominando-se este processo de neuroplasticidade (EUSI, 2003). A recuperação do AVC ocorre durante os primeiros três a seis meses de um modo mais rápido, após este período de tempo a recuperação dá-se de um modo mais lento, sendo que em termos de resultados funcionais estes não são significativos. Ou seja, todo este processo depende das características individuais de cada pessoa, bem como dos diversos fatores que a envolvem (Cerveira, 2011).

O sucesso da reabilitação depende não só de um conjunto de técnicas, mas também da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda uma equipa multidisciplinar, sendo fatores relevantes para a obtenção de ganhos em saúde e bem-estar (Menoita et al., 2012).

2.1. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A Enfermagem pode ser entendida como a relação entre as experiências de vida do enfermeiro e a pessoa que recebe os cuidados, baseada numa resposta humana de ajuda e conforto nos cuidados prestados (Meleis, 2012). O Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem, salienta que o enfermeiro é o profissional que identifica problemas através de diagnósticos de enfermagem, planeia e executa um conjunto de intervenções/cuidados de enfermagem com a finalidade de promover conforto e bem estar, alívio do sofrimento, bem como a recuperação da autonomia (Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro).

A sociedade espera dos enfermeiros cuidados de e com qualidade, atendendo às necessidades de quem mais deles precisa (Hesbeen, 2003). O enfermeiro acompanha o utente e família neste processo de transição e prepara-o para as mudanças e exigências provocadas pela doença. No AVC, este processo assenta na recuperação da independência funcional do utente e na melhoria possível do estado de saúde (Ribeiro, 2013). Neste contexto a recuperação do utente após o AVC assume uma importância relevante para a Enfermagem, e em especial para a ER.

O utente com AVC deve receber cuidados de enfermagem especializados, por forma a beneficiar de um processo de reabilitação adequado, onde os enfermeiros coordenem o tratamento, que se tornem facilitadores de um boa gestão e monitorização dos posicionamentos, da respiração, da deglutição e do estado nutricional, da continência, da integridade cutânea e da avaliação formal através de um score de avaliação funcional e risco de úlceras de pressão (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, 2010). Contributos no âmbito da continência, plano nutricional, gestão da terapêutica, prevenção e tratamento de feridas, sexualidade, apoio psicológico ao utente e família levam a uma redução da incapacidade e dependência dos mesmos (Ribeiro, 2013). A prevenção, recuperação e readaptação das pessoas vítimas de doença súbita ou de descompensação de processo crónico, que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, sensorial, motor, cardiorrespiratório, da alimentação e da sexualidade,

são objetivos centrais da ER, com o principal intuito de maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu desenvolvimento pessoal (Regulamento de Competências Específicas do EEER, 2011).

O ensino ao utente torna-se um fator significativo não apenas para o mesmo, como também para a família que vai lidar com ele, ajustando-a à nova situação. A reabilitação permite resultados não só ao utente, como também à sua família, aos contribuintes e à sociedade como um todo. A participação social do utente e a redução da sua incapacidade são também aspetos que melhoram o padrão socioeconómico (Coelho, 2011).

A Reabilitação é um processo complexo assente numa relação de ajuda, tendo em conta as necessidades e características de cada pessoa. Hesbeen (2003, p.75) salienta que a ER “torna possível à pessoa que recebe cuidados e à que os presta, caminharem juntas, fazerem determinado percurso comum”. A partilha de conhecimentos adaptados às necessidades e capacidades de cada pessoa, permite a criação de uma relação de ajuda entre o utente e enfermeiro, valorizando-se deste modo a educação para a saúde como parte integrante do processo de cuidar (Branco & Santos, 2010).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, segundo o regulamento n.º 125/2011, define três competências específicas para o EEER:

- 1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, e em todos os contextos da prática dos cuidados, tendo em conta que concebe, implementa e avalia planos e programas especializados de modo a obter qualidade de vida e ainda, a reintegração e a participação na sociedade;
- 2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- 3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A Reabilitação funcional do utente é assim um fator determinante no tratamento pós AVC. Sendo assim, o EEER torna-se uma mais valia no processo de reabilitação, pois através das suas competências e conhecimentos específicos,

facilita o processo de readaptação do utente e cuidador, proporcionando os meios e condições para a aquisição de novas habilidades, ajudando a alcançar um nível de saúde melhorado. As intervenções de enfermagem de reabilitação são dirigidas à díade utente-cuidador e englobam a educação para a saúde, sendo esta um dos recursos de transmissão de saberes. O ensino e o treino são assim muito importantes no ganho da independência funcional do utente, bem como na prevenção de novos internamentos (Simões & Grilo, 2012). Menoita et al., (2012) referem também que o ER é essencial na avaliação e melhoria dos resultados, otimizando a capacidade funcional e a satisfação, bem como facilita o *coping* efetivo e promove a qualidade de vida.

Hesbeen (2003) salienta que o ER deve ser promotor da liberdade, para que a pessoa possa fazer as suas escolhas, deve encaminhar expondo meios de encontrar novas saídas compatíveis com a sua situação. A ER tem assim como finalidade ajudar as pessoas a aproveitar o máximo das suas capacidades e potencialidades, favorecendo e desenvolvendo as mesmas, no sentido de estimular o autocuidado e por consequência a autonomia. A pessoa é assim participante ativa no seu processo de cuidados. O enfermeiro exerce papel de *pivot* na equipa, pois consegue conhecer e perceber os hábitos e os projetos de vida da pessoa, ajudando deste modo na otimização dos recursos externos, estimulando e promovendo o potencial individual (Branco & Santos, 2010).

No entanto e antes de se iniciar qualquer intervenção terapêutica, é necessário que o EEER realize uma correta neuroavaliação no cuidar do utente com AVC, no sentido de determinar todo o processo terapêutico. Menoita et., al (2012) abordam os seguintes itens de avaliação da pessoa com AVC:

Estado Mental

Engloba a avaliação da consciência, a orientação, atenção, capacidades práxicas, memória, negligência hemiespacial unilateral e a linguagem.

Pares Cranianos

Esta avaliação envolve uma série de técnicas específicas, que, no entanto, permitem detetar alterações graves do foro neurológico (Branco & Santos, 2010). Os pares cranianos são doze, e estão ligados ao encéfalo.

Motricidade

Para proceder à avaliação da motricidade, o EEER deve verificar a força muscular, onde se avaliam os movimentos dos vários segmentos corporais, utilizando escalas específicas de força muscular. O tônus muscular, que é um reflexo proprioceptivo, mantém a postura corporal através da contração moderada e permanente do músculo esquelético. Deve-se avaliar preferencialmente a diminuição do tônus muscular (hipotonia) ou o aumento (hipertonia). Em relação à hipertonia, avalia-se se o utente tem ou não espasticidade, classificando-a consoante a sua intensidade (Branco & Santos, 2010).

Por último a avaliação da coordenação motora. O cerebelo tem como função a coordenação motora voluntária, logo se este é afetado os movimentos poderão tornar-se imprecisos e desajeitados, ou seja, atáxicos. Para isso deve avaliar-se a rapidez, o ritmo e a alternância dos movimentos (Branco & Santos, 2010).

Sensibilidade

Neste parâmetro deve avaliar-se a sensibilidade superficial e a sensibilidade profunda. A primeira compreende a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa. A segunda compreende a sensibilidade dos vários órgãos abaixo da pele, avaliando-se a sensibilidade postural e vibratória (Branco & Santos, 2010).

Equilíbrio e Marcha

Aqui avalia-se o equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado e de pé. Após a neuroavaliação, o EEER junto com o utente deve definir e implementar as estratégias terapêuticas mais adequadas para poder contribuir para o sucesso do programa de reabilitação.

Alterações decorrentes da lesão

As consequências impostas pelo AVC dependem da área afetada, da gravidade da lesão e do estado de saúde da pessoa (Branco & Santos, 2010). Destacam-se de seguida, as principais alterações impostas pelo AVC e as principais intervenções do programa de reabilitação.

Alterações da mobilidade

A hemiparésia ou hemiplegia é a alteração que provoca mais incapacidade grave na pessoa que sofreu um AVC (Menoita et al., 2012). A hemiplegia é definida como a paralisia de um dos hemicorpos, contralateral ao lado da lesão e a hemiparésia caracteriza-se pela diminuição da força e da sensibilidade (Leal, 2001). Numa fase inicial do AVC, o hemicorpo afetado passa por uma fase de flacidez, com ausência de movimentos uma vez que o tônus muscular é muito baixo (Branco & Santos, 2010). O utente é assim incapaz de manter o membro afetado em determinada posição. Após a fase de flacidez, que ocorre durante as primeiras semanas, a função muscular reaparece através do desenvolvimento de um padrão espástico. Este quadro caracteriza-se pelo aumento da resistência ao movimento passivo (Menoita et al, 2012). A espasticidade provoca posturas anormais e movimentos estereotipados uma vez que se instala dos segmentos distais para os proximais (Branco & Santos, 2010). A pessoa apresenta incapacidade para rolar, sentar-se sem apoio, manter-se de pé, por falta de noção da linha média a pessoa transfere o seu peso para o lado são.

Como estratégias terapêuticas da enfermagem de reabilitação para a recuperação desta alteração podem ser salientadas: facilitação cruzada, posicionamentos em padrão antiespástico mantidos até recuperação total do utente, estimulação sensorial atuando na plasticidade cerebral, exercícios de mobilização de todas as articulações (de modo passivo, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas), bem como atividades como o rolar, sentar, posição ortostática e a marcha (Menoita et al, 2012).

Alteração da função cognitiva

Diversas funções cognitivas são acometidas pelo AVC. O hemisfério esquerdo é responsável pelas capacidades verbais (leitura, cálculo, escrita, memória, linguagem verbal), já o hemisfério direito é responsável pelos processos não verbais (memória de faces, capacidade musical) (Martins, 2006). Poderá ocorrer assim alteração da memória, capacidades práticas, negligência hemiespacial unilateral, alterações da linguagem (afasia). De referir que os principais centros da linguagem são a área de Broca, cujo distúrbio provoca afasia de expressão e consiste na incapacidade de traduzir o pensamento em palavras. Na afasia de Wernicke, também conhecida como sensorial ou de compreensão, o utente apresenta um discurso fluente, no entanto a compreensão auditiva está lesada. Existe ainda a afasia global, a afasia anómica, afasia de condução e a surdez verbal (Branco & Santos, 2010).

Atendendo a estas alterações, o EEER intervém de modo a reabilitar cada uma destas situações: a nível da alteração da linguagem é importante que se facilite a capacidade de compreensão e/ou expressão encorajando a fala, fornecer tempo ao utente para falar, encorajar frases curtas, incentivo para se expressar de modo calmo, e possibilitar outras formas de expressão (pintura, cantar, desenhar) (Menoita et al., 2012). Se o hemisfério afetado for o direito poderá ocorrer o neglect, e nesta fase deve-se abordar o utente pelo lado não afetado (evitar insegurança por parte do utente), numa fase pós aguda o estímulo deve ser pelo lado lesado. Reintroduzir o lado afetado novamente no seu esquema corporal é assim importante, dando relevância à estimulação tátil e térmica (Menoita et al., 2012). A memória sofre também alteração, o EEER deve aplicar técnicas como a terapia de orientação para a realidade, reeducação comportamental ativa, a terapia da reminiscência (ou seja, trabalhando a memória episódica) e ainda a memória residual pelo treino de repetição, tendo como objetivo aprender novamente (Menoita et al., 2012). Reeducar todos os gestos afetados, é outra estratégia terapêutica para reabilitar a perda da capacidade prática, ou seja, em executar gestos aprendidos.

Alteração da função sensorial

As alterações sensoriais mais frequentes nos casos de lesão neurológica do hemicorpo são os défices sensoriais superficiais, propriocetivos e visuais. No AVC ocorre uma diminuição da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) (Menoita et al., 2012). O utente fica assim incapaz de realizar movimentos eficientes e controlados, bem como perde a noção de posição e de movimento, uma vez que a sua sensibilidade profunda (postural e vibratória) fica diminuída. Ocorrem também alterações no campo visual, o utente apresenta diminuição da acuidade visual, podendo surgir hemianópsia, diplopia e agnosia. A hemianópsia homónima é o distúrbio mais comum, a pessoa perde a visão em metade do campo visual de cada olho, e contribui para que exista pouca noção do hemicorpo lesado (Branco & Santos, 2010). A agnosia corresponde à incapacidade da pessoa em reconhecer objetos, eles são observados, mas não lhes é atribuído qualquer significado. Este distúrbio pressupõe a pessoa ao acidente e risco de lesão, comprometendo o autocuidado. Poderá ocorrer também diminuição da acuidade auditiva e hipersensibilidade ao som (Branco & Santos, 2010).

Alteração da função perceptiva

Abordando as alterações da função perceptiva, o utente pode apresentar distúrbio da sua posição no espaço, da figura de fundo, percepção de profundidade, constância da forma, relações espaciais e orientação topográfica. Pode ser frequente a apraxia, que é caracterizada pela incapacidade de programar movimentos. Alteração da imagem corporal, neglect unilateral e o risco de lesões podem surgir (Branco & Santos, 2010).

Alteração da linguagem: disartria

Problemas da comunicação, como a afasia e a disartria são questões complexas e limitadoras do utente com AVC. A perturbação em articular palavras associada a uma perda de força ou alteração do tónus denomina-se de disartria. A reeducação desta alteração passa por intervenções como estimular a tosse e o riso; adução laríngea através do suspiro, o bocejo e o som nasal e ainda técnicas de reeducação da musculatura facial (Menoita et al., 2012).

Alteração da deglutição

Devido à alteração da coordenação neuromuscular, ocorre disfagia, sendo esta definida por dificuldade na deglutição. Existe assim dificuldade/incapacidade em beber, mastigar e engolir (Branco & Santos, 2010). O EEER deve primeiramente à administração de qualquer tipo de alimentos proceder a uma correta avaliação. Assim o controlo da cabeça numa posição de sentado a 90º e a simetria da face e dos lábios deve ser observada, bem como a capacidade em fechar os lábios e observar também o estado geral dos dentes (DGS, 2010). Pequenas quantidades de alimentos devem ser fornecidas, inicialmente e se necessário solicitar dieta pastosa e posteriormente dieta mole, fornecer líquidos pouco espessos e se necessário recorrer ao uso de espessantes; estimular o utente a alimentar-se sozinho, orientar a família nesta alteração e se necessário recorrer a utensílios de compensação. Numa situação de disfagia acentuada a entubação nasogástrica poderá ser necessária (Branco & Santos, 2010).

Alteração da eliminação

A nível urinário, a bexiga fica desinibida (bexiga neurogénica), o controlo voluntário da micção diminui. Pode ocorrer incontinência urinária que normalmente é transitória, com necessidade de recorrer a algáliação por retenção. Deverá ser ensinado ao utente técnicas de treino vesical através da alteração dos hábitos miccionais, e de fortalecimento da musculatura pélvica através de exercícios Kegel (Branco & Santos, 2010).

A nível intestinal a complicação mais frequente é a obstipação devido à diminuição da mobilidade em geral (Branco & Santos, 2010). No entanto também poderá ocorrer incontinência fecal, apresentando assim um intestino neurogénico desinibido, ou seja, está diminuído o controlo voluntário do esfíncter anal. Esta situação normalmente é ultrapassada (Cunha, 2014). Torna-se relevante que o enfermeiro conheça os hábitos intestinais do utente (ritmo, horário), bem como facultar uma dieta rica em fibras, reforçar a ingestão hídrica, despiste de fecalomas, e ainda evitar o prolongar da imobilidade (Branco & Santos, 2010).

Alteração emocional e social

Martins (2006) enumera alguns problemas relacionados com o comportamento que poderão causar um transtorno e impacto significativo no estado emocional da pessoa, entre eles, irritabilidade, impulsividade, sonolência e problemas sexuais. São descritos também casos de labilidade emocional. Após o AVC, por vezes a pessoa não consegue ter um comportamento intelectual adequado e não controla as suas ações, fica desinteressada, colocando em risco o plano de reabilitação (Branco & Santos, 2010). As alterações emocionais como a ansiedade e a depressão são frequentes nos utentes com AVC, estas podem originar problemas nas relações quer com a família, quer com amigos, e consequentemente poderá levar ao isolamento social. O EEER deve assim estabelecer relação de confiança com o utente, promovendo a confiança, a autoestima, o reforço positivo e também a socialização (Menoita et al., 2012).

Alteração da sexualidade

Menoita et al., (2012) salienta que a sexualidade faz parte da identidade e da personalidade de cada ser humano. O desejo sexual nos doentes pós AVC encontra-se diminuído, devido às alterações da imagem corporal e da autoestima, à mobilidade reduzida, ao aparecimento de incontinência vesical e intestinal e ainda devido a efeitos dos medicamentos. Neste campo, o EEER deve abordar junto do utente e/ou casal a temática da sexualidade, esclarecendo dúvidas e fornecendo informação adequada, abordando e aconselhando novas formas alternativas de lidar com a situação.

A Reabilitação do utente com AVC fica garantida através dos conhecimentos que o EEER possui, os quais se centram na individualidade do utente, promovendo a mudança de atitudes (Branco & Santos, 2010).

3. PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA

O regresso a casa engloba toda uma série de pressupostos que devem ser tidos em conta, para que este processo decorra com o mínimo de problemas. Assiste-se atualmente, a um regresso a casa precoce e a internamentos cada vez mais curtos, problemática que nos leva a refletir no que será o ideal para o utente e sua família. Este regresso a casa pressupõe que o utente esteja envolvido no seu processo de reabilitação, que seja participante ativo no seu plano de cuidados. É necessário trabalhar junto com o utente, identificando as suas necessidades, possíveis problemas para se poder intervir de modo a minimizar os mesmos, explorando as suas potencialidades e habilidades para a sua reabilitação (Branco & Santos, 2010). Todo este processo requer um trabalho junto com o utente, mas também com a sua família, pois a reabilitação deve envolver o utente no seu contexto familiar.

Planear o regresso a casa deve ser iniciado desde o momento da admissão, para que se identifiquem as necessidades da pessoa e também da família, no sentido de atempadamente se planearem as ações que facilitem e promovam esta transição de cuidados do meio hospitalar para o domicílio (Branco & Santos, 2010). O utente deve assim ser envolvido ativamente no processo de reabilitação, promovendo uma readaptação saudável, onde as suas capacidades sejam aproveitadas ao máximo, capacitando-o para as atividades de autocuidado e consequentemente de incentivo à autonomia. São assim, fatores importantes para que a continuidade de cuidados no domicílio seja percecionada com o mínimo de dificuldades.

3.1. Promover a Autonomia e a Independência Funcional no Utente com Acidente Vascular Cerebral

A DGS em 2010 refere que a pessoa que sofreu AVC depara-se com alterações significativas no seu padrão de vida habitual. Ocorrem manifestações a nível cognitivo, sensorial e motor, que podem perdurar por tempo variável, sendo necessário atuar na readaptação e na reintegração funcional da pessoa (Ribeiro, 2013). Ao provocar todas estas alterações, o AVC provoca diminuição da capacidade funcional do organismo, sendo necessário potenciar ao máximo as capacidades da pessoa, no sentido de a tornar o mais independente possível. Instalada a incapacidade, o indivíduo torna-se assim dependente parcial ou total, remetendo deste modo para a capacidade em desempenhar as suas AVD, bem como a necessidade de ter alguém (cuidador informal), para fornecer apoio no desempenho das mesmas (Monteiro, 2011). A capacidade para realizar estas atividades promove assim a capacidade para manter a autonomia e uma consequente melhoria da qualidade de vida. Na CIPE (2011, p.41) autonomia é o "direito do cliente: status de autogovernação e auto-orientação." Associada muitas vezes a independência com a autonomia, estes termos não são de todo sinónimos, ou seja, é possível uma pessoa ser dependente e não perder a sua autonomia.

A dependência física está assim relacionada com a capacidade ou ausência desta, para o desempenho de AVD e de autocuidado. O autocuidado, é desenvolvido por Orem (1991), e diz respeito à capacidade de a pessoa iniciar e executar ações que envolvam o cuidado de si, e compreende também atividades que a pessoa realiza para benefício da sua própria saúde. Estas atividades são, entre outras, o tomar banho, vestir e despir, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, usar o sanitário, transferir-se, gerir a terapêutica (Pereira, 2013a). Quando existe comprometimento para a realização destas atividades, a autonomia da pessoa fica agravada e a situação de dependência é instalada.

A Comissão dos Ministros dos Estados Membros da União Europeia (1998), observada na Carta Social do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009, p.8), refere que dependência é:

um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária.

Na carta referida anteriormente, consideramos ainda relevante referir os conceitos nela apresentados acerca do grau ou nível de dependência funcional:

autónomo – capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica.

parcialmente dependente – necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação.

dependente – não pode praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: atos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal.

grande dependente – acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência graves (p.15).

O utente com AVC ao perder a sua capacidade para realizar as AVD, torna-se assim mais dependente, a sua capacidade funcional fica assim mais limitada, originando não só problemas de natureza individual como problemas associados à imobilidade, risco de quedas e ainda promotor de alterações na estrutura familiar. Monteiro (2011) refere que a necessidade de assistências nas AVD limita o desempenho funcional do indivíduo, a sua qualidade de vida fica comprometida, bem como as suas relações familiares e sociais. A mesma autora aponta ainda, que a perda da capacidade funcional possibilita a fragilidade, aumenta os problemas de mobilidade, risco de quedas, reinternamentos e ainda origina cuidados de longa duração e risco de hospitalização, com custos de saúde elevados.

Sendo o AVC, um evento súbito, este poderá deixar consequências no indivíduo, mas também na sua família a qual terá de se adaptar a esta nova realidade, tendo em conta o grau de dependência provocado pelo AVC. Figueiredo (2014), refere que a adaptação da família ao processo de transição de saúde/doença, encontra-se relacionado com o maior ou menor grau de dependência do indivíduo que sofreu o AVC, bem como também do conhecimento que têm. O regresso a casa pode ser assim gerador de angústias e problemas, necessitando a família de apoio para continuar a dar resposta à continuidade de

cuidados no domicílio. Assim, a independência, a interatividade com os outros nos diversos níveis (social, familiar, profissional e emocional) são elementos chave para que a pessoa se encontre com boa saúde física, psíquica e mental. Após o AVC estes pontos ficam alterados, sendo necessário uma readaptação às AVD. A inatividade e a restrição de participação nestas atividades, impostas pelo AVC, são aspetos que devem ser tidos em conta, e para os quais a ER pode contribuir minimizando os danos causados e favorecer a recuperação da capacidade funcional (Coelho, 2011).

É necessário então conhecer e identificar as limitações funcionais de modo a adaptar os cuidados às necessidades, estimulando sempre que possível o seu potencial para a reacquirição de capacidades. Quando a pessoa não tem a capacidade para o autocuidado, cabe ao enfermeiro promover este processo de adaptação junto da família no sentido de favorecer a continuidade de cuidados para o domicílio (Pereira, 2013a). O enfermeiro de reabilitação assume assim um papel primordial para maximizar a capacidade e promover a autonomia e independência do indivíduo, não só pelos conhecimentos técnico-científicos que está habilitado, mas também pelo fato de este se encontrar mais tempo junto do utente, acompanhando-o no seu processo saúde/doença, motivando-o e capacitando-o para o autocuidado nas AVD, minimizando a dependência provocada (Monteiro, 2011).

Branco & Santos (2010) enaltecem o papel do ER, uma vez que este é capaz de identificar, compreender e potencializar a pessoa na satisfação das suas necessidades no sentido de maximizar a sua autonomia.

3.2. Planear a Alta Hospitalar

Durante o internamento hospitalar, é necessário que o utente que sofreu AVC e família sejam envolvidos no processo de recuperação de saúde/doença, formulando planos de intervenção que contemplem as necessidades afetadas. A dependência parcial ou total origina nos utentes a necessidade de terem um cuidador, sendo essencial a sua adaptação e ajustamento à nova situação de vida, pelo que os enfermeiros devem ser agentes facilitadores deste processo, ajudando as pessoas a gerir transições, muitas vezes complexas (Cerveira, 2011). A alta clínica é efetivada antes do restabelecimento completo do utente, sendo muitas das vezes o utente enviado para casa com graus de dependência elevados (Ribeiro, 2013). A preparação da alta deve incluir previamente a avaliação das necessidades físicas e psicossociais pós alta, desenvolver e elaborar um plano pós alta onde se inclua a previsão de equipamentos e serviços de apoio pelo utente, cuidador e também a equipa multidisciplinar; a criação de um contacto de referência; ensino de utilização e disponibilização de equipamentos necessários; avaliação do domicílio ou instituição de acolhimento do utente e também informação acerca de resultados e redes de tratamento do mesmo (DGS, 2004).

Segundo normas da DGS em 2010 (p.134), o planeamento da alta deve começar na admissão, onde o utente e cuidador se encontram envolvidos no processo terapêutico. Tem como principais objetivos:

capacitar o doente e família para o autocuidado; estimular a maior independência funcional possível; promover a adaptação do doente e família ao meio exterior, eliminando as barreiras que comprometam a satisfação das suas necessidades; mobilizar recursos da comunidade e reintegrar o doente no seu ambiente social.

A elaboração do plano de alta assenta no conhecimento do potencial funcional do utente, bem como no seu suporte de apoio social (família e comunidade) para a promoção de uma transição de cuidados eficaz. A enfermagem é assim um recurso primordial de saúde para as famílias/comunidade, tendo os seus cuidados como finalidade a promoção da saúde que é trabalhada através da aprendizagem. É necessário que se trabalhem habilidades que permitam responder a situações menos boas. O enfermeiro

estabelece uma relação com base na negociação, colaboração e coordenação (Ferraz, 2003). Menoita et al., (2012) refere que é necessário promover uma relação de confiança e de parceria com a família, de modo a obter a sua participação e empenho para uma ótima continuidade de cuidados. A situação de dependência, em contexto familiar, requer do cuidador uma adaptação assente em conhecimentos, aquisição de habilidades para lidar com os problemas que possam surgir e que afetam o bem-estar e o autocuidado, daí a necessidade de os capacitar e adaptar para exercer os cuidados necessários no seu meio habitual. O enfermeiro exerce assim um papel essencial nesta transferência de conhecimentos, no sentido de maximizar a independência funcional (Menoita et al., 2012).

A DGS em 2010 preconiza determinadas intervenções de enfermagem para o planeamento da alta ao utente com AVC:

- Identificar e avaliar as capacidades e grau de dependência do utente na realização das AVD antes e durante o internamento, bem como no momento da alta, através da utilização de escalas de avaliação funcionais e de avaliação do risco de úlceras de pressão;
- Identificar as dificuldades sentidas pelo utente e família na satisfação das necessidades e planear o ensino em função das mesmas, evidenciando as suas capacidades e adequando-o aos recursos disponíveis;
- Aconselhar a adaptação do mobiliário e reorganização do espaço físico no domicílio do utente, bem como a remoção de barreiras arquitetónicas, com vista à autonomia e à manutenção de um ambiente seguro;
- Promover o acesso aos recursos existentes na comunidade articulando com os mesmos e esclarecer sobre as ajudas técnicas existentes;
- Planear ensinamentos e realizar treino com o utente e família sobre os exercícios e estratégias adaptativas e adequadas às suas necessidades, que necessitem ser aprendidas, avaliando continuamente os resultados da aprendizagem;
- Proceder ao planeamento da alta no decorrer do internamento, articulando com o Centro de Saúde que possa dar apoio ao utente caso vá para o seu domicílio, bem como com outras instituições de saúde se for caso disso.

No perfil de Competências do EEER, no regulamento nº125/2011, é salientado que o enfermeiro “intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida”. O AVC requer uma abordagem multidisciplinar na preparação da alta hospitalar, onde o EEER assume um papel importante. Seria desejável uma maior disponibilidade e maior acompanhamento das pessoas dependentes e suas famílias (Menoita et al., 2012). Além do acompanhamento, o utente e família necessitam também de receber acolhimento e serem percebidos no seu contexto familiar e social. O acolhimento pode funcionar como uma ferramenta para se obter uma melhor compreensão da dinâmica familiar, estabelecendo com esta uma relação de confiança, para que se possa fornecer informação e apoio, acerca das necessidades observadas proporcionando bem-estar e aumento da qualidade de vida (Rodrigues, 2013).

O processo de alta torna-se assim muito complexo, e como já referido deve ter início desde a admissão até ao momento da alta, tendo como participantes o utente, a família e os profissionais de saúde (de especial participação os enfermeiros). Assim o envolvimento e a disponibilidade da família nos cuidados são um fator importante no planeamento da alta. Além de identificar as dificuldades e planear o ensino em função das necessidades e recursos disponíveis, o enfermeiro deverá realizar demonstração e treino com o utente e cuidador, de técnicas necessárias de serem aprendidas, deve realizar avaliações sistemáticas acerca das preocupações sentidas pelo utente, e avaliar se os ensinamentos são entendidos pelo mesmo e também pelo cuidador. Outro aspeto como saber se o utente vai para o domicílio, outra instituição ou se terá apoio domiciliário é também pertinente, uma vez que permite a articulação antecipada com os respetivos profissionais, promovendo a satisfação das necessidades dos utentes (DGS, 2010). É também necessário que a família saiba qual o grau de incapacidade e o tipo de cuidados de que o utente irá necessitar, para diminuir sentimentos como medo e incapacidade para cuidar (Ferraz, 2003). A família deve ser ensinada a não substituir o utente nas AVD em que este é capaz de realizar de modo autónomo, no sentido de promover o seu autocuidado, sendo

por isso a informação sobre ajudas técnicas disponíveis importantes bem como as redes de apoio existentes (DGS, 2010).

Deste modo, planear o regresso a casa é, segundo Petronilho (2007, p.71) um conjunto de atividades com “o propósito de ajudar os membros da família cuidadores a incorporarem no seu dia-a-dia comportamentos adequados, permitindo, deste modo, adaptação aos novos desafios da saúde”. Esta intenção de ajuda para o regresso a casa implica não só conhecer o estado de dependência da pessoa no autocuidado, bem como perceber o que o prestador de cuidados sabe sobre o processo terapêutico da pessoa dependente e os recursos de que disponibiliza a nível pessoal e social para a continuidade de cuidados no domicílio (Pereira, 2013a).

De salientar que o utente e família vivenciam um processo de transição quando acometidos pelas consequências do AVC. Segundo Meleis citada por Petronilho (2010), a transição é a “passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro” e “refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente”. As transições fazem-se acompanhar de um conjunto significativo de emoções, muitas das quais relacionadas com as dificuldades encontradas durante a transição. Para além do aspeto emocional, o bem-estar físico é igualmente importante, pois o desconforto físico que acompanha uma transição e a sua superação podem fazer a diferença entre uma passagem bem ou mal sucedida. Facilitar este processo de transição recai no domínio da enfermagem, uma vez que as respostas e as experiências das transições se traduzem em comportamentos que afetam o estado de saúde e que necessitam de cuidados de enfermagem. Assim, preparar o regresso a casa envolve conhecer e perceber as perceções dos indivíduos acerca de situações de saúde e de doença. Os enfermeiros são parte essencial no processo de transição dos cuidados não só ao utente dependente no autocuidado, como também à família, e ainda facilitam uma adaptação saudável ao cuidador, contribuindo esta para uma positiva ou negativa experiência do processo de transição (Pereira, 2013a).

O EEER exerce assim um papel importante neste processo de regresso a casa, uma vez que transfere conhecimentos e habilidades para promover uma

melhor “readaptação funcional da pessoa dependente”, sendo também necessário “capacitar a pessoa e o cuidador informal para o auto-cuidado” tendo em conta o contexto e o meio em que vive (Menoita et al., 2012, p. 26).

4. A REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO

O AVC vai provocar alterações na estrutura e no quotidiano familiar. O envolvimento da família na reabilitação do AVC é importante e aparenta ter um reforço positivo na recuperação funcional do utente. Por vezes estes cuidados prestados pela família não são valorizados, e são vistos como um ato de solidariedade e não como ações que causam impacto nas famílias (Pereira, 2013a). O meio familiar e a própria comunidade apresentam-se como o melhor enquadramento do processo de reabilitação, logo é necessário que a pessoa que assume o papel de cuidador se sinta apoiado, sendo imprescindível a criação de redes de apoio que proporcionem às famílias recursos materiais e humanos, de forma regular e que respondam às necessidades da mesma (Ribeiro, 2013). Ao contrário da institucionalização, o meio familiar e a permanência na comunidade, encontram-se como sendo o melhor para o processo de reabilitação (Branco & Santos, 2010). O acompanhamento da família neste processo de transição de cuidados é essencial, para que a promoção do potencial de autonomia no autocuidado e a promoção de competências ao utente e membros da família cuidadores esteja assegurada, sendo uma oportunidade para a ER.

É no domicílio que o utente experiencia novos sentimentos de crise tendo de adaptar-se às limitações impostas pela doença, pelo que novas aprendizagens têm de ser realizadas. Martins (2002) reforça que para o sucesso de uma readaptação saudável e adequada, o utente vai depender da sua própria capacidade, do apoio familiar e das condições físicas e sociais existentes.

4.1. A Família no Processo de Cuidar do Utente com Acidente Vascular Cerebral

A família é considerada como sendo um grupo de elementos que interage e, frequentemente tem uma origem comum e se rege por leis, respondem às necessidades dos seus membros partilhando responsabilidades, permitindo o desenvolvimento social, mental, físico e emocional da pessoa dependente. O conceito de família é adaptado ao contexto e baseado nas formas e funções familiares (Ferraz, 2003). Atualmente, e tendo em conta que as funções da família tenham sofrido alterações, estas continuam a ter importância no desempenho de tarefas especiais que são específicas da própria. A prevalência de doenças crónicas e incapacitantes atualmente, está a originar uma mudança de paradigma na saúde, levando a que a preservação da capacidade funcional seja um aspeto importante a ter em conta, e não só apenas pela presença ou não de doença. É de todo importante que se estabeleça contacto com a família, o enfermeiro deve compreender os papéis e funções desta, de modo a que se conheçam as necessidades e as realidades entre os elementos que a constituem, bem como dentro da comunidade. Torna-se necessário que o enfermeiro estabeleça com a família uma relação interpessoal e terapêutica, para facilitar o processo de cuidados (Figueiredo, 2014).

Stanhoupe e Lancaster (1999), referenciados por Ferraz (2003) salientam que a família deve ser avaliada, bem como o comportamento dos seus membros tendo em conta aspetos como:

o papel familiar, o conflito de papéis, stresse no desempenho de um papel, tensão no desempenho de um papel, incongruência de papéis, negociação de papéis, distribuição de papéis, papéis complementares, modelo tipo de um papel e transição de papéis - mudança de um papel para outro.

Estes aspetos permitem que o enfermeiro reconheça o membro da família com capacidades para desempenhar o papel de cuidador, identificar expectativas do mesmo, identificar fontes de angústia e preocupação, bem como verificar possíveis comportamentos desadequados e trabalhar no sentido de potenciar a continuidade de cuidados para com o utente.

Ao aceitar cuidar de um utente no domicílio, exige que se realize previamente uma avaliação da situação em que a família vive, verificando também o apoio e suporte social (Ferraz, 2003). Martins (2002) refere que cada família tem uma história de vida, capaz de se adaptar às mudanças ultrapassando as crises. Perante a doença ocorre uma desestruturação familiar, reformulando e redefinindo papéis e tarefas, passando por exemplo os filhos a assumir papéis que eram dos seus pais. O enfermeiro deve detetar e conhecer aspetos relacionados com a crise, para que se previna o desequilíbrio familiar ajudando na resolução de problemas (Branco & Santos, 2010).

A grande parte das pessoas vítimas de AVC sobrevive com graus por vezes elevados de incapacidades e dependência, originando de forma inesperada perdas físicas e cognitivas substanciais que limitam a capacidade para o autocuidado e satisfação das AVD, sendo necessário assim a presença mais ou menos constante de outra pessoa (Marques, 2007). Não existem atualmente medidas governamentais que facilitem à família assumir o papel de cuidador familiar, não sendo este papel reconhecido de modo legal. Os cuidados que o Sistema Nacional de Saúde oferece revelam-se insuficientes (Gonçalves, 2012). O cuidar recai habitualmente sobre a mulher, entre elas as esposas, filhas e noras; o fato de morar perto da pessoa dependente pela determinante da proximidade que existe quer física quer afetiva, e também recai sobre os filhos que tomam a decisão de serem cuidadores dos pais (Sequeira, 2007). O ato de cuidar segundo Collière (1999), é:

um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente uma acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais.

Importa assim distinguir entre cuidador formal e informal. O primeiro é aquele que presta cuidados de forma qualificada, que apresenta uma formação profissional, o segundo associa-se àquele que tem como contexto de cuidados o domicílio de forma não remunerada, normalmente é desempenhado por um elemento da família e não tem conhecimentos técnicos e científicos aprendidos (Sequeira, 2007). Neste trabalho e como já verificado o termo adotado é o de cuidador informal. Os cuidadores informais não têm formação específica nem

estão emocionalmente preparados para lidar com a pessoa dependente no autocuidado, colocando em causa a continuidade da qualidade de cuidados. Torna-se então primordial otimizar o papel do cuidador informal, no sentido de potenciar o seu desempenho, a sua saúde promovendo a qualidade de vida tanto do próprio como da pessoa dependente, pelo que deverá ser evolido no planeamento da alta (Sequeira, 2007). O cuidador deve ser alertado para a reorganização e orientação das suas rotinas, e informado acerca das possíveis redes de apoio às quais poderá ter acesso para poder resolver problemas. Disponibilizar informação acerca de materiais e aparelhos necessários como cama articulada, colchão antiescaras, construção de rampas, mudanças de móveis e divisões, ajudas técnicas, entre outros, como ensinar a utilizá-los é também fundamental, para que o cuidador continue a realizar cuidados com qualidade de vida aceitável (Ferraz, 2003). Ao contrário, a falta de informação pode originar sentimentos de incompetência na realização de cuidados diários à pessoa colocando em risco a qualidade dos cuidados prestados (Branco & Santos, 2010). A família é assim, o grande suporte de apoio na reinserção, readaptação e reabilitação social da pessoa dependente (Menoita et al., 2012).

4.2. Repercussões da Prestação de Cuidados Informais no Domicílio

A existência de um cuidador informal origina benefícios para pessoa dependente, no entanto a preocupação com a sobrecarga que o cuidador sofre é já uma realidade a ter em conta. As áreas afetadas e as incapacidades resultantes na pessoa vítima de AVC são muitas, daí que as capacidades físicas e psicológicas dos familiares cuidadores devem ser tidas em conta. A família além de desenvolver parceria no planeamento e execução de cuidados, passa também ela a ser alvo de cuidados. Como já se referiu o AVC vai provocar alterações significativas no núcleo familiar, e durante este processo de doença, a família fica mais vulnerável deixando de ser por vezes o melhor suporte no acompanhamento do utente dependente, sendo relevante fornecer apoio para que se encontre de novo o equilíbrio e ultrapassem as alterações ocorridas, favorecendo a readaptação (Menoita et al., 2012). A prestação dos cuidados aos outros, provoca a longo prazo desgaste dos recursos físicos e emocionais do cuidador informal. As relações sociais e interpessoais também poderão ser influenciadas, provocando sentimentos de isolamento e solidão. Conflitos com outros membros da família podem ocorrer, colocando o cuidador informal em situações de maior vulnerabilidade (Menoita et al., 2012).

Podem surgir assim alterações a nível físico, psíquico e social. As alterações que surgem a nível físico têm a ver com a sobrecarga física intensa a que estão dispostos, surge o cansaço, falta de apetite, dores, alterações do sono e em situações mais extremas o cuidador fica incapacitado para desempenhar o seu papel. Sentimentos de ansiedade, insegurança, frustração, desânimo, *stress* e culpa fazem parte das alterações psicológicas que podem comprometer o processo de reabilitação. Cuidar de um utente com AVC provoca níveis elevados de *stress*, resultado da dificuldade em gerir os sentimentos, das responsabilidades impostas e da própria dependência do familiar. Podem ocorrer também alterações de comprometimento social e profissional. A falta de tempo para cuidar de si e o cansaço, leva a que o cuidador se isole socialmente e abandone atividades lúdicas. A nível profissional, muitas das vezes o cuidador vê-se obrigado a abandonar o seu trabalho devido à indisponibilidade e à difícil conciliação das duas funções, acarretando muitas vezes outros problemas como

os de ordem financeira. A depressão é outro dos problemas com risco acrescido de ser desenvolvido nos cuidadores de utentes com AVC (Ribeiro, 2013).

Todos os fatores mencionados são suscetíveis de originar uma sobrecarga do cuidador. O impacto que o cuidar gera no cuidador informal é descrito como “*burden*”, surgindo o conceito de *caregiver burden*, que significa sobrecarga do cuidador. Este conceito surge no sentido de explicar um conjunto de problemas vivenciados pela pessoa que cuida de alguém em contexto domiciliário (Cardoso, 2011).

Os enfermeiros especialistas possuem competências que lhes permitem o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz, ou seja, de uma relação de ajuda e parceria com o cuidador e da preparação do mesmo para sentimentos de perda (culpa, raiva, frustração, medo, depressão, tristeza, angústia e insegurança) que acompanham a responsabilidade imputada ao cuidador informal. Além de que, são portadores de estratégias para encorajar nos momentos difíceis, sugerindo formas de prevenir o isolamento e a perda de relações sociais, promovem o ensino de habilidades de *coping* e técnicas de relaxamento, possibilitam incentivo do cuidador ao autocuidado, aconselhando e orientando tanto para os recursos sociais como para os espirituais incentivando-o a aceitar apoio de terceiros (amigos familiares e outros) fornecendo informação, ensino, e treino de competências (Simões & Grilo, 2012). O enfermeiro deve estabelecer uma relação de interação e trabalhar em conjunto com o cuidador, pois este tem de sentir confiança nos cuidados que irá realizar, desenvolvendo e melhorando as suas funções e ser colaborador ativo nos mesmos para potenciar o autocuidado e responder às necessidades do utente.

Pereira (2013b), faz referência que ao assumir o papel de cuidador informal, não só se identificam repercussões negativas, como também é possível identificar um conjunto de ganhos decorrentes deste processo. Muitos cuidadores salientam que a relação que se estabelece com a pessoa dependente, origina o reforço dos laços com a família e uma sensação de satisfação pelo fato de poder ajudar um familiar e sentir-se reconhecido pela mesma. Ao exercerem o papel de cuidadores, passam a ser responsáveis pelo conforto do idoso, pelo que sentimentos de satisfação e bem-estar surgem (Martins, 2006).

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O material para a fundamentação teórica deste trabalho foi pesquisado através de uma revisão da literatura, utilizando-se estratégias de busca em bibliografia sobre AVC, artigos científicos nas bases de dados RCAAP, B-ON, SCIELO com as palavras de busca Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação, alta hospitalar e reabilitação no domicílio selecionando os artigos em português e inglês acerca da temática, principalmente os de data de publicação entre o ano 2000 e 2015. Após todo o material reunido para estudo, segue-se assim a apresentação metodológica, onde o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas.

Tendo em conta a problemática abordada, procurámos apresentar e fundamentar as decisões metodológicas adotadas para a realização desta investigação, bem como as opções dos métodos de recolha e análise de informação. O capítulo inicia-se com a conceptualização do estudo, seguidamente dos objetivos e enumeram-se as questões de investigação, uma breve caracterização da UAVC, seleção dos participantes, critérios de inclusão, calendarização das ações, método de recolha de informação, análise dos dados, considerações éticas e por último os limites do estudo.

1.1. Conceptualização do Estudo

Fortin (2009) enumera duas categorias para os estudos de investigação: as **exploratórias-descritivas** que dizem respeito aos estudos com o objetivo de estudar conceitos, explorar e descrever fenómenos, conhecer características de uma determinada população, onde os conhecimentos são poucos; as **explicativas-preditivas** que dizem respeito a estudos que pretendem examinar a natureza das relações, a causa com ajuda de comparações, existindo já conhecimento sobre o fenómeno que se pretende estudar. “O regresso ao domicílio do utente com AVC: potenciais contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” é uma problemática atual e que carece de interesse de investigação. O processo de preparação da alta hospitalar e a preocupação de manter o processo de reabilitação no domicílio, origina inquietude enquanto enfermeira de Reabilitação, no sentido de fornecer respostas às necessidades do utente e família. Compreender assim as vivências e necessidades manifestadas pelo utente e cuidador informal após alta hospitalar, e no processo de transição de cuidados para o domicílio, levaram-nos a enveredar para uma investigação de cariz qualitativo, exploratório-descritivo.

O estudo exploratório-descritivo permite não só conhecer um determinado campo, mas também futuras investigações. O investigador orientará o seu estudo para a exploração e a descrição, o seu objetivo é compreender, descobrir e explorar a experiência humana tal como é vivida e relatada pelos participantes (Fortin, 2009). Polit & Hungler (1995, p.14) referem que o tipo de investigação exploratória vai mais além que a observação e a descrição do fenómeno, permite ainda “explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona”. A pesquisa qualitativa exploratória permite aprofundar e descobrir as várias formas pelas quais um fenómeno se manifesta, bem como os seus processos subjacentes (Polit, Beck & Hungler, 2004). Os estudos qualitativos têm como objetivos compreender melhor os fenómenos sociais ainda mal elucidados, ou seja, pretende-se explorar em profundidade um conceito que permita a descrição da experiência vivenciada (Fortin, 2009). O método qualitativo compreende diversas etapas no processo de investigação, que são: a colheita de dados, a divisão dos

dados em unidades, a organização e enunciação dos dados brutos na linguagem e a síntese dos resultados (Poupart et al., 2010). No presente estudo de análise qualitativa a técnica de análise de conteúdo será a utilizada.

Neste seguimento definir o desenho de investigação é assim necessário, uma vez que, segundo Fortin (2009, p.214) “guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira a que os objetivos sejam atingidos (...) fornece um plano, que permite responder às questões (...)” ou seja, o desenho de investigação deve ser como um guia orientador, possibilitando dar respostas às questões colocadas, e também evitar possíveis enviesamentos que poderão colocar em causa os resultados.

1.2. Objetivos do Estudo

O enunciado do objetivo indica a direção da investigação (Fortin, 2009). Para este estudo, como objetivo geral delineou-se o seguinte:

- Desenvolver conhecimento sobre as vivências e necessidades do utente/cuidador informal, no processo de transição de cuidados para o domicílio após alta hospitalar.

Como objetivos específicos foram delineados os seguintes:

- Caracterizar os participantes do estudo relativamente ao perfil social, demográfico e clínico num período compreendido entre os meses de julho e outubro de 2015;
- Compreender as vivências e necessidades do utente e cuidador informal relativamente ao processo de transição de cuidados para o domicílio num período compreendido entre 30 a 40 dias após alta hospitalar;
- Descrever os fatores com impacto no processo de transição de cuidados para o domicílio;
- Perceber em que medida o EEER poderá contribuir na preparação da alta hospitalar e no processo de transição de cuidados para o domicílio.

1.3. Questões de Investigação

Fortin (2009), refere que as questões de investigação derivam diretamente dos objetivos e permitem precisar a informação que se quer obter. Perante a relevância do tema, as questões de investigação propostas foram:

- Quais as vivências e necessidades manifestadas e expressas pelo utente e/ou cuidador informal na transição de cuidados para o domicílio?
- Quais os fatores com impacto no processo de transição de cuidados para o domicílio?
- Como o EEER poderá contribuir para o processo de transição de cuidados para o domicílio no utente com AVC?

1.4. Caracterização da Unidade de AVC

A UAVC encontra-se localizada no Serviço de Medicina Interna de um Hospital da Região Centro, o qual apresenta um número total de sessenta camas. Destas camas e relativamente à sua estrutura física a UAVC é constituída por uma enfermaria com quatro camas com monitores cardíacos, para utentes provenientes do Serviço de Urgência e com diagnóstico de AVC que respeitem os critérios de admissão na mesma, para vigilância e monitorização contínua e tratamento na fase aguda, e ainda, mais seis camas que recebem os utentes depois da fase aguda, funcionando como uma subunidade. A equipa de enfermagem do Serviço de Medicina Interna é composta por um total de 42 enfermeiros, sendo que quatro são especialistas em ER. Os enfermeiros a prestar cuidados na UAVC têm a seu cargo utentes das restantes enfermarias também. Esta unidade funciona com um médico especialista em medicina interna no período da manhã nos dias úteis, sendo que nos restantes turnos e fins de semana o apoio clínico é o do médico que se encontra de urgência.

1.5. Seleção dos Participantes

A população objeto de estudo, foram os utentes com AVC internados na Unidade de AVC do Serviço de Medicina Interna no período compreendido entre julho e outubro de 2015. A população é definida como um “conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características em comum (...) o que se visa obter, é que todos os elementos apresentem as mesmas características.” (Fortin, 2009, p. 311). No tipo de investigação qualitativa, o número de participantes normalmente é pequeno (6 a 10), podendo, contudo, ser maior tendo em conta a complexidade do fenómeno que se quer estudar, e o tamanho da amostra é baseado nos objetivos que se pretendem atingir (Fortin, 2009). Recorreu-se assim a uma amostra não probabilística, selecionando de entre os tipos existentes a amostra accidental. A amostra é “a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo (...) deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população” (Fortin, 2009, p.312). Neste seguimento a amostra accidental ou de conveniência é constituída por elementos de fácil acesso e que se enquadram nos critérios de inclusão definidos (Fortin, 2009). Loureiro (2006) refere que a utilização destas amostras aumenta a possibilidade de encontrar informações precisas sobre o fenómeno em estudo.

Neste trabalho pretendeu-se concentrar um número limitado de sujeitos selecionados estrategicamente, ou seja, casos ricos em informação cujo estudo clarifique as questões pesquisadas. Guerra (2008), refere que na pesquisa qualitativa, o número de entrevistas é variável, dependendo do estado do conhecimento do objeto, do estatuto da pesquisa, da disponibilidade de recursos para o investigador e do universo de análise. O conceito de saturação indica ao investigador quando deve parar de recolher dados, ou seja, depois de um certo número de entrevistas tem-se a noção de nada recolher de novo quanto ao objeto de pesquisa (Guerra, 2008). No presente estudo foram incluídos na amostra utentes que tiveram AVC e cuidadores informais de utentes que sofreram AVC, através de contacto pessoal no seu domicílio tendo em conta os critérios de inclusão para o estudo, num período compreendido entre trinta a quarenta dias após alta hospitalar.

1.6. Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão foram definidos os seguintes:

- Utentes com AVC diagnosticado admitidos na UAVC;
- Utentes com alta para o domicílio e/ou aguardar vaga para a outra instituição;
- Utentes capazes de participar, sem alterações cognitivas;
- Cuidadores informais de utentes que sofreram AVC.

1.7. Calendarização das Ações

O presente cronograma diz respeito ao modo como o trabalho se organizou, tendo em conta as respetivas atividades.

Desenvolvimento das Atividades	Abril a Jun/15	Jul/15	Agosto a Out/15	Novembro e Dez/15	Janeiro a Mar/16	Abril e Mai/16	Jun/16
Definição do Tema							
Pesquisa Bibliográfica							
Entrega 1ª parte Trabalho Projeto							
Recolha de Informação							
Análise de Dados							
Discussão dos Dados							
Entrega do Trabalho Final							

1.8. Recolha de Informação

Os métodos utilizados para a colheita de dados na investigação qualitativa devem ter em conta as características do desenho, do investigador, dos participantes escolhidos. De salientar que a flexibilidade dos mesmos e a análise permite a descoberta de novos conceitos ou até mesmo o aprofundamento de fenómenos já existentes e conhecidos (Fortin, 2009).

Fortin (2009) refere que a documentação é uma fonte adicional de informação, permitindo o conhecimento da história, da cultura e fornecendo dados importantes para a investigação. A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, estabelecido entre os participantes e o investigador, com o

intuito de colher dados relativos às questões formuladas. Neste trabalho, foi utilizada a entrevista não estruturada, constituída por questões semiestruturadas. Este método de colheita de dados que diz respeito ao fato de a formulação e a sequência das questões serem deixadas à livre disposição do entrevistador, normalmente utiliza-se quando o investigador quer compreender a significação dada a um acontecimento ou fenómeno na perspetiva dos participantes. Para este tipo de entrevista foi utilizado um guião orientador da entrevista semiestruturada (Apêndice 1), onde constam as grandes linhas dos temas que se querem explorar (Fortin, 2009). As entrevistas foram realizadas e gravadas no domicílio do utente ao próprio, bem como aos cuidadores informais num período compreendido entre trinta a quarenta dias após a alta hospitalar. Foi utilizado também um instrumento de recolha de dados em forma de questionário (Apêndice 2) aos utentes participantes, composto por questões de caracterização individual (dados de perfil social, demográfico e clínico).

1.9. Análise de Dados

Os dados a analisar numa investigação qualitativa começam desde a primeira colheita de dados, tendo em conta que a colheita e análise se fazem em simultâneo. Ao examinar e posteriormente organizar os dados, o investigador tem como objetivo interpretar o sentido do que foi dito nos relatos (Gillis e Jackson, 2002, cit. por Fortin, 2009, p.301).

Fortin (2009), citando Van Kaam (1969), Giorgi (1970) e Colaizzi (1978), salienta os métodos que serviram de guia orientador durante esta análise, tendo em conta que as técnicas compreendem de modo geral as seguintes etapas:

- leitura atenta de todas as descrições dos participantes do fenómeno, no sentido de adquirir um sentimento que nelas é expresso;
- proceder ao isolamento de frases diretamente ligadas ao fenómeno de estudo;
- a cada enunciado relevante, extrair declarações significantes;
- categorizar os significados em unidades de temas comuns a todos os participantes;

- proceder a uma descrição exaustiva do fenómeno a ser estudado (Fortin, 2009).

Para este estudo foram consideradas as técnicas de análise de dados acima mencionadas, pelo que as mesmas foram respeitadas. Para facilitar a organização dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente procedeu-se à elaboração de uma grelha de categorização do conteúdo das entrevistas, realizando-se uma análise do conteúdo por temas, categorias, subcategorias e sub-subcategorias (Apêndice 3).

1.10. Considerações Éticas

De um modo geral, qualquer estudo biopsicossocial com envolvimento da condição humana deve ser baseado no respeito dos direitos da pessoa, de acordo com aspetos da ética e fundamentados sobre os princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência durante todo o decorrer do processo de investigação (Fortin, 2009). De modo prévio à recolha de dados e escolha dos participantes, procedeu-se ao pedido de autorização para a realização deste estudo ao conselho de Administração do Hospital bem como parecer à Comissão de Ética, através de um documento (Apêndice 4), onde constou o tema e objetivos previstos para trabalho e a sua pertinência, para o qual o parecer foi positivo (Apêndice 5). Foi também pedida e obtida autorização pelo Diretor do Serviço de Medicina Interna e do Enfermeiro Chefe, ato realizado através da entrega de um pedido de autorização para recolha de informação necessária (Apêndices 6 e 7).

Aos sujeitos da amostra foi apresentado um documento com esclarecimentos sobre o estudo e objetivos do mesmo, pedindo a sua colaboração/autorização. Foi apresentado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” discutido e assinado pelos participantes (Apêndice 8). O contacto estabelecido com os participantes foi de um modo geral realizado ainda antes da alta hospitalar, privilegiando-se uma abordagem no sentido de estabelecer confiança e abordar de modo gradual o objetivo do estudo, no entanto houve casos em que o primeiro contacto foi através do contacto telefónico já no pós alta.

De referir que os locais, as horas e os momentos da entrevista foram deixados à escolha do participante, podendo este momento ser alterado caso o desejassem, bem como a possibilidade de desistir de participar em qualquer momento. De salientar que na transcrição das entrevistas foram utilizados nomes fictícios, salvaguardando o anonimato e a confidencialidade. Posteriormente à transcrição, todas as entrevistas foram eliminadas.

1.11. Limites do Estudo

Percecionada como uma limitação do estudo, a informação recolhida das entrevistas é observada como eventualmente pouco abrangente, devido por um lado à inexperiência do investigador, de modo que talvez as entrevistas não foram exploradas de forma profunda como se desejava, e por outro à população escolhida para a amostra, que se detetou algum receio em falar abertamente quando entrevistados. O número de participantes possivelmente é reduzido, devendo-se ao fato de na altura da recolha de informação, se observar uma grande saída de utentes do hospital para Unidades de Cuidados Continuados, e ainda alguns dos utentes selecionados e contactados para participar terem recusado.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo insere-se a apresentação e discussão dos dados, respetivamente a análise e caracterização dos utentes e dos cuidadores informais entrevistados. Esta apresentação e análise foi dividida em dois grandes momentos, o primeiro momento corresponde ao internamento e o segundo momento corresponde ao regresso ao domicílio cerca de 30 a 40 dias após a alta hospitalar.

A análise realizada ao conteúdo das entrevistas encontra-se estruturada de modo a ser de fácil leitura e compreensão. Primeiramente faremos a análise aos temas que emergiram do primeiro e segundo momento em relação ao utente, e de seguida faremos com a mesma ordem de temas a análise ao cuidador informal. Dentro de cada tema apresentado, encontra-se a análise por categorias, e no final de cada categoria surge a análise feita sob a perspetiva dos potenciais contributos do EEER.

O quadro que se segue resume de modo organizado os temas, as respetivas categorias, subcategorias e sub-subcategorias, bem como tem o objetivo de facilitar a leitura.

Quadro 6. Categorização dos Temas

A – Internamento		B - Regresso ao domicílio	
<u>Utente</u>	<u>Cuidador</u>	<u>Utente</u>	<u>Cuidador</u>
A.1 Conhecimento e interpretação do evento	A.1 Experiência prévia do cuidar do outro	B.1 Adaptação ao processo de transição saúde/doença <ul style="list-style-type: none"> • B.1.1 Suporte familiar (AVD e apoio emocional) • B.1.2 Gestão pessoal da situação <ul style="list-style-type: none"> • B.1.2.1 Alteração dos papéis sociais • B.1.2.2 Estratégias pessoais de adaptação 	B.1 Adaptação ao processo de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • B.1.1 Dificuldades sentidas • B.1.2 Estratégias de resolução de problemas

A.2 Relação com os profissionais de saúde	A.2 Preparação da alta hospitalar <ul style="list-style-type: none"> • A.2.1 Natureza da informação prestada pelos profissionais de saúde • A.2.2 Necessidade de aprendizagem sentida pelo cuidador • A.2.3 Avaliação das capacidades do cuidador informal pelos profissionais de saúde 	B.2 Dificuldades sentidas <p>B.2.1 Atividades de autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene - Gestão dos medicamentos - Mobilidade - Alimentação - Comunicação 	B.2 Sobrecarga do cuidador
A.3 Informação <ul style="list-style-type: none"> • A.3.1 Quem dá a informação • A.3.2 Como é dada a informação • A.3.3 Tipo de informação • A.3.4 Preparação da alta hospitalar 			B.3 Sentido atribuído ao cuidar do outro
A.4 Experiência do utente no internamento <ul style="list-style-type: none"> • A.4.1 Estratégias de ensino para o autocuidado 			

Antes da análise interpretativa de cada unidade temática, achou-se pertinente caracterizar os utentes e cuidadores entrevistados. Como método para identificação das entrevistas é utilizado um nome fictício para cada entrevistado, e o código (E) de entrevistas, seguido dos números de 1 a 9, que representam os participantes.

2.1. Caracterização dos Participantes

Neste contexto participaram do estudo 5 utentes e 4 cuidadores informais, cuja caracterização será apresentada em forma de quadros para poder haver diferenciação.

a) Caracterização sociodemográfica e clínica do utente

Após a seleção e autorização para a pesquisa, foi realizada a entrevista no domicílio dos participantes, com data e hora previamente agendadas, respeitando sempre a privacidade do utente e cuidador.

Quadro 7. Caracterização dos Utentes Participantes

Caracterização Sociodemográfica					
Utentes	E1 – João	E2 - Joana	E3 – Luís	E4 – Luísa	E5 – Alberto
Idade	85	61	77	63	84
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Situação profissional	Reformado	Desempregada	Reformado	Reformada	Reformado
Local onde reside	Domicílio	Domicílio	Domicílio	Domicílio	Casa da neta
Com quem vive	Esposa	2 filhos	Esposa	Marido	Neta
Caracterização Clínica do Utente					
Dias de internamento	6	10	3	10	4
Tipo de AVC	Isquémico	Isquémico	Isquémico	Isquémico	Isquémico
Fatores de risco	HTA Fumador	HTA Dislipidemia	HTA Dislipidemia	HTA	HTA Diabetes Mellitus Dislipidemia
Destino após a alta	Domicílio	Domicílio	Domicílio	Domicílio	Casa da neta

Alterações e/ou défices instalados	Parésia do hemicorpo esquerdo	Disartria	Parésia braquial à direita	Parésia do hemicorpo esquerdo (predomínio braquial) Paresia facial central esquerda	Diminuição força muscular dos membros inferiores Labilidade emocional
---	-------------------------------	-----------	----------------------------	--	--

Relativamente à caracterização sociodemográfica verificámos que os sujeitos possuem uma média de idades de 74 anos, com a idade mínima de 61 anos e a máxima de 85 anos. Na sua maioria são do sexo masculino, todos reformados e/ou sem atividade laboral.

A incidência de AVC é crescente à medida que se avança na idade (Menoita et al., 2012). Branco & Santos, (2010) referem que apesar do AVC afetar pessoas de todas as idades, em adultos jovens e crianças, o risco torna-se significativo após os 55 anos, duplicando a cada década. Apurámos no nosso estudo que o sexo masculino prevalece. Martins (2006) refere que a incidência do AVC é 1.25 vezes maior nos homens. As concentrações elevadas de estrogénios nas mulheres em pré menopausa têm um efeito protetor contra as doenças cerebrovasculares, ficando o homem mais exposto à incidência da doença. No entanto após a menopausa, devido à ausência de estrogénios endógenos, a mulher fica mais vulnerável à doença (Branco & Santos, 2010).

Além da idade e do género, fatores de risco predominantes como a HTA, a dislipidemia e a DM também prevaleceram. As pessoas com HTA têm um risco de AVC quatro a seis vezes superior relativamente àquelas que apresentam valores normais de tensão (Menoita et al., 2012). Sendo assim a HTA o principal fator de risco para o AVC. A diabetes e a dislipidemia aumentam o risco de formação de placas de aterosclerose, contribuindo também como grandes fatores de risco para o AVC (Branco & Santos, 2010).

Como tempo de internamento estiveram internados entre 3 a 10 dias, obtendo-se uma média de 6,6 dias de internamento.

O tipo de AVC predominante foi o isquémico. Como já referido anteriormente pela literatura, 85% dos acidentes vasculares são do tipo isquémico.

Todos os utentes regressaram após a alta ao domicílio anterior, sendo este um dos critérios de inclusão para o estudo. Três dos utentes residiam com a esposa (o), os outros dois utentes, residiam um com uma neta e outra utente residia com dois filhos.

De um modo geral o AVC provoca impacto no quotidiano da pessoa, sendo visíveis as alterações de ordem física e emocionais instaladas, como consequentes da lesão.

b) Caracterização do cuidador informal

O quadro que se segue caracteriza os cuidadores informais.

Quadro 8. Caracterização dos Cuidadores Informais Participantes

Caracterização dos Cuidadores Informais				
<u>Cuidadores Informais</u>	E6 - Laurinda	E7 - Maria	E8 – Rosário	E9 – Irene
Idade	48	68	57	50
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Grau de parentesco	Filha	Filha	Filha	Filha
Situação profissional	Empregada	Reformada	Empregada	Desempregada

Relativamente aos cuidadores informais, apurámos que todos têm como grau de parentesco serem filhas do familiar de quem cuidam. Também como referido por Pereira (2013b), os cuidados são prestados normalmente pelas esposas ou filhas, ou seja, são as mulheres que assumem e providenciam este papel, associado por um lado a uma maior disponibilidade de tempo e também pela maior predisposição para executar esta tarefa. Pereira (2013b), citando

Hoffman & Rodrigues (2010), salienta que em contexto europeu, cabe ao sexo feminino a responsabilidade de cerca de 2/3 dos cuidados.

Quanto à idade das cuidadoras, no nosso estudo salientaram-se as idades compreendidas entre os 48 anos e os 68 anos, com a média de idades de 55,75 anos. Também Pereira (2013b), em estudos analisados salienta a faixa etária acima dos 50 anos como predominante.

A situação profissional não é comum às quatro cuidadoras, sendo que apenas duas das cuidadoras exercem profissão.

2.2. O Utente Durante o Internamento

Um dos temas que surge do primeiro momento analisado no presente estudo é a interpretação que o utente tem do evento que sofreu e o conhecimento que tem da doença.

Julgou-se pertinente esta análise, uma vez que é importante conhecer a vivência e a perceção que o AVC suscita no próprio utente, bem como compreender em que medida os utentes têm conhecimento sobre esta problemática. Conhecer os sentimentos vividos pelos utentes contribui para que se perceba a gravidade com que o AVC acomete a pessoa, bem como as limitações impostas.

O AVC ocorre repentinamente, sem que haja preparação prévia do utente, contribuindo para o seu acontecimento fatores de risco modificáveis tendo em conta os estilos de vida da pessoa e também fatores de risco não modificáveis (ESO, 2008). Verificou-se através da análise dos relatos que a vivência que cada um experiencia origina assim diferentes sentimentos em cada pessoa, e por vezes são vividos e percebidos sentimentos de medo, receio e angústia. Os principais sinais de alarme na fase aguda do AVC são as alterações da força muscular, de início súbito, alterações do equilíbrio, da visão, da linguagem, da sensibilidade, défices na memória e compreensão. Através dos relatos de João e de Luísa, estes sentimentos e sensações podem ser percebidos: “foi aqui, vinha a andar, vinha dali, depois passou-me aquela coisa pela cabeça, comecei-me a

esquecer das pernas, as pernas é como ficaram mortas, parálítico pronto”. (E1.1); “foi complicada, uma pessoa vê a morte à frente...em casa comecei a sentir-me...não conseguia andar...fui para o Centro de Saúde e depois para o hospital.” (E4.1).

No entanto, o episódio de doença é um alerta de que algo não estava bem e precisava de ser cuidado, sendo por vezes vista como um aspeto promotor de bem-estar, a pessoa passa a estar mais alerta para possíveis sinais e sintomas de doença. Tomemos como exemplo o testemunho de Joana: “não conseguia falar...ligaram para o hospital...eu já andava cansada antes...disse ao médico e ele disse que não era nada. Agora sinto-me melhor do que antes do AVC, antes andava cansada, afogava-me muito, já emagreci.” (E2.1).

Efetivamente é importante que a população conheça que o AVC é a principal causa de morte em Portugal, saiba distinguir os sinais e sintomas desta problemática, e o que tem de fazer caso isso ocorra, e reconhecê-lo como uma emergência médica. O AVC é assim uma ameaça para a saúde e bem-estar das pessoas, não só pela sua elevada incidência, mas também pela mortalidade e morbilidade que provoca, assim como pelas alterações a nível da funcionalidade, que implicam uma perda substancial no nível de qualidade de vida (Martins, 2006).

Da análise dos relatos, grande parte dos utentes conhecia o que era o AVC, conhecia que o aparecimento de certos sintomas como a falta de força de um dos lados do corpo, dificuldade súbita em falar carecem de emergência médica, no entanto estes aspetos podem ser negligenciados, devendo-se ao fato de existir ainda um certo desconhecimento do que é um AVC. O testemunho, embora curto de Luís salientou esta situação: “não conhecia o AVC...” (E3.1).

A resposta obtida demonstra a necessidade e a importância de informar a população acerca desta doença, pois a redução do risco e o sucesso do tratamento dependem do conhecimento público dos fatores de risco e do reconhecimento atempado dos sinais de aviso. Estes dados consolidam assim a crescente e constante orientação por parte dos profissionais de saúde junto da população, no sentido de exercerem a sua função de educadores junto da mesma

na prevenção primária de doenças cerebrovasculares de início precoce na comunidade, bem como na prevenção secundária reduzindo o risco de um novo AVC.

A Ordem dos Enfermeiros (2011), no regulamento de competências específicas do EEER, salienta que este é um profissional capaz de tomar decisões relativas à promoção da saúde e prevenção de complicações, bem como à capacidade de intervir na educação dos clientes e pessoas significativas proporcionando-lhes o direito à dignidade e à qualidade de vida. Deste modo, podemos referir que as atividades da enfermagem de reabilitação desenrolam-se em todos os níveis de prevenção. Neste caso, a nível da prevenção primária, onde a manutenção de um ambiente seguro e a monitorização das pessoas com limitações, previne o aparecimento de situações patológicas e traumáticas, ou o agravamento das situações existentes. Por esta razão, o EEER, com o seu conhecimento poderá contribuir para a consciencialização dos problemas de saúde, e ajudar na tomada de decisão, pois para além de reabilitar a pessoa e de ajudar a viver com a deficiência, outro dos seus desafios é também ajudar o indivíduo a ser um “sujeito ativo” na construção e promoção da sua saúde e na prevenção da doença, e ao fazê-lo, permite-lhes o empoderamento sobre a sua saúde.

Outro tema que emergiu da análise das entrevistas realizadas, tem a ver com a relação entre os utentes e profissionais de saúde durante o internamento, a qual se considera como essencial para o processo cuidados. Enquanto internado o utente necessita de se sentir acompanhado e precisa conhecer as funções dos profissionais de saúde que o envolvem, para que, dependendo das suas necessidades saiba a quem recorrer quando necessita. É necessário que o utente conheça quem cuida dele, bem como as competências e intervenções que cada profissional de saúde exerce. É importante que o utente saiba que existe uma equipa interdisciplinar de prestação de cuidados durante o internamento, e que cada elemento da mesma exerce funções distintas, a qual funciona como um recurso disponível assegurando o processo de cuidados, e onde se inclui o enfermeiro, responsável pela transmissão de saberes ao utente, promovendo e potenciando o bem-estar (Menoita et al., 2012). Os utentes enquanto internados

observam o que os rodeia e é importante esclarecer com ele as funções de cada profissional de saúde. Observou-se da análise das entrevistas efetuadas, que os profissionais de saúde mencionados são os enfermeiros, os médicos e os assistentes operacionais, ou seja, visíveis e presentes para o utente durante o internamento. No entanto, da análise das respostas obtidas, notou-se que a relação estabelecida entre os profissionais e os utentes acaba por ser uma intervenção pontual para o momento, pouco elucidativa em relação às necessidades sentidas pelos utentes e da diferenciação de funções de cada um. Destacaram-se os testemunhos de João e de Luísa: “durante o banho era uma auxiliar que estava comigo a acompanhar-me...” (E1.14); “o médico... só o lá vi uma vez...foi logo quando eu cheguei...nunca me disseram nada.” (E1.17); “o enfermeiro ia lá ligar as máquinas e dar-me a medicação.” (E4.12).

Todos os profissionais envolvidos na equipa exercem funções importantes para o processo de cuidados do utente, desde a figura do assistente operacional na ajuda de tarefas como os cuidados pessoais, e na alimentação; o médico como um profissional com conhecimento diferenciado e importante a fornecer informação acerca do diagnóstico e prognóstico da doença, entre outros apoios, como a assistente social, a nutricionista, os fisioterapeutas. Embora não referidos pelos utentes entrevistados, todos são elementos que estabelecem relação com o utente e nos quais o mesmo deve ter confiança.

Contudo, podemos referir que os enfermeiros são os profissionais que mais contacto próximo têm com os utentes. O enfermeiro tem a capacidade de estabelecer diálogo e relação com o utente e tem a oportunidade de o informar e orientar atendendo às suas necessidades. O enfermeiro estabelece contacto, relação próxima com o utente, presta também cuidados mais diretos, e deve trabalhar em parceria com o mesmo, promovendo uma relação de ajuda, primordial para o seu processo e sucesso na recuperação. Ou seja, não só dizer à pessoa e família o que deve ser feito, mas sim discutir quais as diversas opções (Menoita et al., 2012).

Assim neste seguimento, e embora sabendo que não foi um dos objetivos deste trabalho perceber qual a participação do ER junto destes utentes, mas sim os potenciais contributos do mesmo, podemos referir que a reabilitação faz parte

dos cuidados de enfermagem, atendendo não só à prestação de cuidados com base em técnicas, bem como, assenta o seu papel numa relação de ajuda, de caminhar junto com o utente, preocupando-se com o cuidar das pessoas de uma forma holística. Além de que, o papel do ER baseia-se na procura de uma melhor qualidade de vida dos utentes, promovendo a sua independência funcional ou adaptação à deficiência, atuando a sua prática ao nível das disfunções neurológicas, respiratórias, ortopédicas, cardíacas, pelo que se torna precioso por exemplo em UAVC e Serviços de Medicina. O EEER encontra-se presente ao longo de todo o processo de recuperação do utente, apoiando-o a ser participante ativo dos seus cuidados favorecendo a parceria e continuidade de cuidados. É através de “pequenas coisas” que o ER contribui para dar sentido à vida e alimentar a esperança (Hesbeen, 2003).

A necessidade de os utentes serem informados durante o internamento está intrinsecamente relacionada com o possível desconhecimento da nova situação com que se deparam, quer da sua patologia, da sua recuperação, das suas necessidades, bem como dos apoios sociais e profissionais. Da análise das entrevistas emergiu assim a categoria informação. Informar é traduzido na Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) como uma ação de enfermagem “comunicar alguma coisa a alguém” (CIPE, 2011, p.97).

Do ponto de vista de quem dá a informação durante o internamento, e tendo em conta a análise das respostas obtidas, é o enfermeiro que na maioria das respostas surgiu como um elemento presente, o qual procura e tem oportunidade de estabelecer diálogo com o utente, fornecendo informação acerca do seu estado de saúde, das suas limitações e dificuldades. Este aspeto torna-se importante na medida em que a atuação da equipa de enfermagem é fundamental em todas as etapas do acompanhamento do utente com AVC.

O médico é também um dos profissionais que tem capacidade de fornecer a informação oportuna e adequada, uma vez que tem a cargo o processo clínico do utente desde as primeiras horas de admissão no serviço. É o profissional que prescreve, quer medicação, quer exames complementares de diagnóstico no sentido de promover a melhor recuperação possível. Da análise das respostas obtidas, podemos perceber que a informação foi por vezes insuficiente ou pouco

abrangente, associada ao fato de o médico se dirigir ao utente não muitas vezes, tornando deste modo a informação fornecida generalizada tornando-a pouco clara e elucidativa. Este aspeto poderá contribuir para sentimentos de insegurança e medo dos cuidados prestados. Analisando o testemunho de João, este salientou o enfermeiro como alguém que fornece informação e motivação para recuperar:

chegou lá um enfermeiro, só esse é que me disse: olhe a gente não é preciso vir aqui todos os dias, o senhor está sentado na cama, não sente que a perna esquerda arroja?...a perna esquerda que arroja um bocadinho (até fomos um bocadinho a passear) ...” (E1.8).

No testemunho de Joana também foi visível o papel motivador do enfermeiro: “não me disse nada...só que tinha alta.” [Médico]; “O enfermeiro disse que eu ia recuperar.” (E2.10).

É importante assim que o utente conheça os passos em todas as etapas do seu tratamento, sendo que a informação deve ser o mais completa possível, minimizando deste modo o impacto que a doença provoca.

Na abordagem de como é dada a informação sobre o estado de saúde, esta pode ser dada no momento do acolhimento, durante o internamento ou em qualquer altura sempre que o utente questione. O que se verificou da análise realizada é que a informação fornecida ocorreu em momentos pontuais ao invés de ser estruturada e/ou planeada. Os discursos de João e de Joana, demonstraram que quando ocorreu transmissão de informação não foi somente no momento da alta, decorrendo também durante o decorrer do internamento: “foi em qualquer altura...eu procurava se já podia ir a casa de banho...disseram que só com o andarilho...sempre havia alguém para poder perguntar...enfermeiras(os).” (E1.19); “o enfermeiro foi ao pé de mim e disse-me no dia da alta estas coisas [informação]”. (E2.12).

É necessário compreender também que fornecer informação quando o utente não se encontra emocionalmente estabilizado não é o mais adequado, logo, fornecer informação de forma faseada durante o internamento será a melhor forma de orientação. O momento da alta hospitalar também pode ser observado como um período de grande *stress* e ansiedade, ora pelo fato de regressar ao domicílio, ora pelo fato de o utente deixar de ter apoio por parte dos profissionais

de saúde. Efetivamente é necessário reconhecer o momento oportuno para fornecer informação, adequando este ao estado emocional do utente.

No entanto, de salientar que por vezes o utente não sente necessidade de questionar determinada informação, por um lado porque talvez tem receio, vergonha de perguntar, ou por outro, porque não tem dúvidas para esclarecer devido ao desconhecimento da patologia e das possíveis evoluções da mesma, ficando a cargo dos profissionais de saúde esta função, conforme o percebido no testemunho de Alberto: “não tinha dúvidas, passados três-quatro dias comecei a melhorar da fala e menos força nas pernas.” (E5.11).

Por esta razão, é importante averiguar junto do utente as suas necessidades, preocupações, medos, e informá-lo acerca do seu estado de saúde e o modo como vai recuperar, para que este se sinta motivado a participar na sua recuperação, sendo que, o momento do acolhimento no hospital é um tempo importante para estabelecer o primeiro contacto com o utente e se possível transmitir-lhe informação acerca do que aconteceu, bem como comunicar ao utente as etapas seguintes. Além disso, é principalmente no momento do acolhimento que o utente forma a sua opinião acerca do serviço e equipa de saúde, influenciando o estabelecimento da relação de ajuda para o cuidado e tratamento do próprio (DGS, 2010).

Durante o internamento a necessidade de informação é prioritária. O desconhecimento acerca da doença e das suas limitações, da dependência que pode provocar, a evolução dos sintomas e o próprio processo de reabilitação e readaptação provoca desde o início do internamento necessidade de informação acerca do que é necessário fazer e de alternativas possíveis no futuro. Pelo que o tipo de informação fornecida se torna relevante durante o internamento. De acordo com a análise do relato das entrevistas foi visível a escassez de informação acerca da doença, das consequências e efeitos da mesma. Podemos também inferir que o momento de fornecimento da mesma não é de todo estruturado, conforme o discurso de João, de Alberto e de Luísa: “...e pode ir fazendo assim com a perna para cima e para baixo umas poucas de vezes. E foi também quando ele me disse: o senhor tem a boca ao lado. Ninguém ainda me tinha dito nada...” (E1.9); “o AVC deixou-me muito debilitado...verdadeiramente

não me explicaram grande coisa...disseram que foi um AVC, que não foi muito pesado...doíam-me as pernas, os ossos por dentro...e disse isto lá no hospital.” (E5.4); “nunca me disseram nada...nem a médica nem o enfermeiro...se ia para casa ou não...inicialmente disseram-me que ia para um centro de recuperação.” (E4.5).

Informar sobre o estado de saúde é muito importante para o utente com AVC, no sentido de que este também deve ser um elemento ativo no seu processo de cuidados e também para que este sinta segurança com o seu tratamento, logo comunicar ao utente as alterações provocadas pelo AVC e fazê-lo reconhecer as suas potencialidades poderá tranquilizá-lo desde o início do internamento. Deste modo estimula-se o utente a participar na sua recuperação. Quando a informação é insuficiente, poderá potenciar sentimentos de insegurança no utente e provocar um regresso a casa com dúvidas, necessidades e algumas incertezas em relação ao futuro, tal como se evidenciou no discurso de Joana e de Luís, respetivamente: “não me falaram nada...não disseram nada...disseram que eu vinha para casa a aguardar a terapia.” (E2.8); “essas conversas no hospital noto que não houve informação, não houve conversa...era mais os enfermeiros a tirar a tensão. Não houve muita informação nisso...em exercícios que poderia fazer ou outros aspetos importantes.” (E3.14).

Quando surge um evento súbito como o AVC, surgem dúvidas que necessitam e devem ser esclarecidas. Durante o internamento o utente sente necessidade de conhecer a sua doença e as suas consequências, físicas e cognitivas, bem como aspetos que favoreçam a sua recuperação e readaptação no domicílio.

Torna-se assim importante salientar da análise das entrevistas, a informação fornecida acerca de auxiliares de marcha, como foi observado no testemunho de Luísa: “foi lá o enfermeiro no primeiro dia, explicou-me como devia andar e levantar, deram-me o andarilho.” (E4.8). Notou-se assim interesse em fornecer informação sobre aspetos da marcha e ensino sobre a utilização de auxiliares de marcha, sendo este um aspeto também de salientar uma vez que umas das principais consequências do AVC é alteração da mobilidade.

Podemos, contudo, perceber que a informação fornecida foi de âmbito e caráter geral, sendo, no entanto, sentida como necessária ao utente. O testemunho de Luís referiu de modo breve que a informação foi insuficiente e por vezes inexistentes: “nunca me lembraram ou disseram sobre ajudas técnicas...informação e ensino não existiu.” (E3.16).

As alterações da função motora poderão provocar no utente a necessidade de ajuda para as suas AVD como a alimentação, higiene pessoal e locomoção, pelo que orientar para a existência de ajudas técnicas é fundamental para a promoção de autonomia e autocuidado no utente.

Além dos aspetos relacionados com a mobilidade, alterações relacionadas com a comunicação devem também ser valorizadas e incluídas no processo de recuperação do utente. Verificou-se, contudo, no discurso de Joana, que este aspeto eventualmente não foi totalmente reforçado: “...não me disseram nada de exercícios para a fala.” (E2.6). Tendo em conta que os défices da comunicação poderão provocar no utente sentimentos de frustração, ansiedade angústia, é relevante que esta alteração seja avaliada e trabalhada em conjunto com o mesmo.

Outro tipo de informação para os quais alguns dos utentes foram alertados prende-se com aspetos relacionados com a dieta a cumprir, pelo que foi observado nas entrevistas de Joana e de Alberto: “...também me disseram para fazer dieta sem sal e gorduras.” (E2.11); “tinha de fazer dieta, comer mais peixe, hortaliça e legumes, comida sem sal, sem gorduras.” (E5.7). Podemos considerar que se torna um aspeto também importante, uma vez que após o AVC é necessário a prevenção de um outro episódio que possa surgir, tendo em conta que grande parte dos fatores de risco são modificáveis e que passam pela mudança de comportamentos.

Apurámos também no nosso estudo que informação acerca de recursos e apoios da comunidade, aspetos relacionados com o domicílio, como a adaptação do mobiliário e de equipamentos, a deteção de barreiras arquitetónicas não foi totalmente e eficazmente avaliado, pelo que se considera uma informação escassa acerca deste aspeto. Ao encontro destes resultados tomámos com

testemunhos o de João, o de Luís e de Luísa:” ninguém me perguntou como era a casa, o quintal...só no dia da alta chegou lá a doutora e é que me disseram...prepare-se que vai ter alta.” (E1.28); “neste aspeto se me disseram eu não me lembro.” [informação acerca de barreiras arquitetónicas] (E3.17); “o que me disseram foi para tirar os tapetes, nem me perguntaram mais nada.” (E4.10).

Sem dúvida que a necessidade e o tipo de informação são um aspeto essencial na promoção de um desempenho adequado para o regresso ao domicílio, prevenindo situações de crise e até de possíveis reinternamentos, bem como na atenuação de eventuais riscos. Na grande maioria, o processo de informar o utente mais utilizado foi a orientação verbal, fornecida pelo enfermeiro e também pelo médico, pelo que se verificou envolvimento da equipa de saúde, fornecendo algum tipo de informação ao utente durante o internamento e no dia da alta, sendo assim aspetos importantes para uma adequada preparação da alta hospitalar.

Ainda dentro da categoria informação emergiu com subcategoria a preparação da alta hospitalar. É notório que a coerência de informação transmitida pela equipa de saúde e o modo como esta é comunicada é extremamente importante. Nomeadamente os ensinamentos e as recomendações fornecidas são de extrema importância, para que a adoção de estratégias adequadas dos cuidados no domicílio seja realizada de modo eficaz, sem levar ao comprometimento da gestão dessas atividades. Nas entrevistas realizadas a comunicação da alta foi quase sempre transmitida pela figura do médico, sendo avisada normalmente uns dias antes da alta, como referido por Luís: “isso foi lá a doutora, tinham-me dito que iria ter alta na segunda-feira, deu-me a carta da alta.” (E3.18).

A preparação da alta hospitalar deve iniciar-se com a máxima antecedência possível e preparada de modo cuidadoso, ou seja, desde o acolhimento, pois uma saída prévia temporária para o domicílio permite perceber eventuais constrangimentos (como a falta de informação, ensinamentos relevantes, capacitar o utente para o autocuidado), prevenir reinternamentos (devido a possíveis infeções, quedas). Tal como defende Hesbeen (2000) a preparação da alta deve ser iniciada a partir do momento da admissão do utente.

A comunicação e preparação da alta hospitalar bem como de toda a informação necessária para o regresso a casa, deve ser trabalhada logo no momento do acolhimento, pelo que se torna importante verificar as perspetivas futuras do utente e sua preparação para o regresso ao domicílio, e os seus sentimentos relativamente à alta. Comunicar a alta deve ser um momento ponderado e discutido em conjunto com o utente tendo em conta as suas condições clínicas, emocionais, familiares e sociais. De entre os entrevistados houve quem manifestasse vontade em regressar ao seu domicílio, como é visível no testemunho de Luís: “foi uma coisa que não passei muito cartão a isso. Querer ir para casa, claro que queria, ir para a família, não me preocupou estar mais tempo ou não.” (E3.11). A vontade de regressar a casa é visível, as consequências impostas pelo AVC poderão influenciar esta motivação, uma vez que limitações graves poderão instalar no utente mais insegurança e medo no regresso a casa.

Contudo, muitas das vezes os utentes revelam que não se encontram preparados para regressar a casa, ora por falta de apoio, insegurança, receios e até mesmo por falta de informação. Este aspeto foi observado no testemunho de Luísa e de Alberto: “não...sentia que tinha de ter tido mais acompanhamento e informação das coisas.” (E4.4); “eu não...ainda não estava preparado...convinha ficar lá mais uns dias, pelo menos mais uns quatro-cinco dias...eu não estava bem...sentia-me sem forças, sem vontade de viver...sem forças nas pernas...muito triste com a vida.” (E5.3). O próprio utente refere a necessidade de mais informação, referindo pouco acompanhamento por parte dos profissionais. A preparação da alta hospitalar deve assim ser facilitada, pelo que a equipa de enfermagem deve certificar-se que o utente possui de todas as informações necessárias para a continuidade do seu processo de cuidados no domicílio.

Neste contexto, a preparação da alta é primordial, uma vez que segundo a DGS (2004, p.3) consiste num “...processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família (...) e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários.”

Aspetos relacionados com a envolvimento psicológica do utente devem também ser valorizados, uma vez que a doença não afeta apenas a parte física da pessoa, e problemas emocionais e sociais surgem, como a tristeza, a depressão, o isolamento social. Mediante esta perspetiva, não se deve apenas focar a incapacidade/limitação física do utente, mas toda a dinâmica que o envolve, incluindo o seu estado emocional e cognitivo na pré alta hospitalar.

Foi ainda encontrado na análise das entrevistas a necessidade sentida pelos utentes da fisioterapia, pelo que se aborda ainda nesta subcategoria. A informação e preparação da alta hospitalar passa muitas vezes também por informar os utentes acerca da necessidade de se manterem ativos e a importância de frequentarem um programa de reabilitação. Muitos dos utentes internados com AVC iniciam programa de Medicina Física e de Reabilitação no hospital, no entanto muitos regressam a casa apenas com a consulta pós AVC marcada, pelo que por exemplo ficam a aguardar consulta de fisioterapia. É importante que o utente inicie de modo mais breve possível o seu processo de reabilitação de modo a prevenir complicações e a minimizar as consequências físicas e emocionais do AVC (DGS, 2010). O desejo e a vontade de iniciar a fisioterapia é visto quase como algo inacessível, como visível no testemunho de Alberto: “não...eu não devia sair de lá do hospital, devia começar logo a fazer lá a fisioterapia...embora me mandassem para casa devia ficar logo marcada.” (E5.12).

Esta constatação contraria o preconizado pela DGS (2010), que defende que o processo de reabilitação deverá ser iniciado tão precocemente quanto possível, desde que a estabilidade hemodinâmica e neurológica do utente esteja assegurada. Ainda segundo a mesma fonte, torna-se assim importante a mobilização no leito e os posicionamentos terapêuticos evitando o aumento do quadro doloroso e/ ou do padrão espástico e o aparecimento de outras possíveis complicações. Este processo deverá envolver assim toda a equipa, e em especial à enfermagem, tendo como objetivo máximo a recuperação da capacidade funcional do utente. Ferro et al., (2008, p.72) definem algumas linhas orientadoras no processo e reabilitação dos doentes com AVC, que passam pela reabilitação precoce, a alta da UAVC em utentes com estabilidade hemodinâmica do ponto de

vista médico com défices leves a moderados, atendendo a que existam recursos de reabilitação na comunidade realizados por uma equipa com competências na reabilitação de AVC e ainda, se recomenda a continuidade da reabilitação após a alta durante o primeiro ano.

De um modo generalista e concluindo esta categoria, o enfermeiro deve estar atento a todas as situações referidas, para que a informação seja transmitida de modo completo, no momento oportuno e adequado, uma vez que dentro da equipa multidisciplinar é um elemento sempre presente e que mais contacta com o utente, e aquele que mais oportunidades tem de informar e alertar. É relevante frisar assim, que nas UAVC é preconizado a presença, além de outros profissionais de saúde, de um enfermeiro, de preferência com a especialização em enfermagem de reabilitação (Natário et.al., 2001). Sendo que este tem os instrumentos necessários e a competência para abordar e contactar com o utente aquando do acolhimento, durante o internamento e na alta hospitalar.

O EEER através do seu conhecimento é um elemento fulcral nesta temática, uma vez que dispõe de experiência acrescida permitindo-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, bem como intervém na educação dos clientes e pessoas significativas (OE, 2011). É um elemento que tem a capacidade e a perceção sobre as necessidades de informação que o utente poderá necessitar, bem como, atempadamente informar e esclarecer sobre eventuais questões que não surgem no meio hospitalar, mas sim aquando do regresso a casa. Além de apresentar conhecimentos científicos e técnicos fundamentados, o EEER tem ainda a capacidade e a competência para trabalhar aspetos da recuperação, promoção do autocontrolo e do autocuidado, potenciando o utente a lidar com situações de dependência (Menoita et al., 2012). É perante este contexto que se pode realçar a sua capacidade de fornecer a informação relevante e pertinente atendendo aos cuidados necessários e específicos de cada utente. Tendo em conta o regulamento de competências específicas do EEER, este "...concebe planos com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo (...) nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade" (J1.2), e ainda tem a "capacidade e

conhecimento para desenvolver e implementar ações autónomas e/ou pluridisciplinares visando uma consciência social inclusiva”. A sua atuação é dinâmica, sendo um elemento detentor de grande conhecimento para identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação, avaliando de modo contínuo a pertinência da informação.

O EEER como um elemento presente na reabilitação do utente com AVC, estará desperto assim para a implementação de um programa de cuidados diários identificando as necessidades afetadas, os problemas reais, bem como os potenciais do utente. Durante o internamento tem a capacidade de desenvolver ações junto dos utentes promovendo a intervenções terapêuticas com o objetivo de prevenir complicações, melhorar as funções residuais e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. Com os seus conhecimentos diferenciados utiliza técnicas específicas de reabilitação, intervindo na educação dos clientes, no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e ainda a reintegração das pessoas na família e na comunidade (Regulamento de Competências Específicas do EEER, 2011). Ainda durante o internamento, informação acerca das redes de apoio, ajudas técnicas existentes, bem como a necessidade de adaptação de equipamentos e mobiliário em casa torna-se um ponto fulcral que deve ser disponibilizado ao utente. Tal como exposto no Regulamento acima referido, o EEER ensina e realiza treinos de utilização de “...produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) ...” (J2.1.2) e ainda “...promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social...” (J2.2), identificando “barreiras arquitetónicas...” (J2.2.3), e orientando para “a eliminação de barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa” (J2.2.4). Possui ainda a competência de emitir “pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade” (J2.2.5). A intervenção do EEER é primordial assim na orientação de recursos e apoios existentes na comunidade, e ainda no conhecimento do espaço físico do utente, como verificar a presença de escadas, o pavimento, abordar questões que previnam a ocorrência de acidentes ou lesões, alertando para possíveis barreiras arquitetónicas no domicílio, e possíveis necessidades de adaptação (Branco & Santos, 2010). O seu contributo em aspetos relacionados com a reeducação das AVD, a promoção do autocuidado e a promoção da autonomia salienta-se também de extrema

importância, uma vez que ao conceber planos e intervenções para a orientação e ensino de utilização de produtos de apoio (das ajudas técnicas e dispositivos de compensação), o EEER estará a facilitar e potenciar a independência da pessoa nas AVD (higiene, vestir e despir, alimentação, locomoção), sendo meios indispensáveis ao bem-estar e qualidade de vida do utente (Menoita et al., 2012).

Outra das categorias que emergiram da análise das entrevistas prende-se com a experiência do utente no internamento, ou seja, aspetos que o utente reteve como experiências pessoais, e de que forma as utilizou como estratégias de ensino para o seu autocuidado. A situação de dependência que o AVC provoca e as suas consequências inesperadas, levam a que o utente tenha dificuldades em saber gerir (dificuldades no banho, no andar, no vestir e despir entre outras). Estas dificuldades necessitam de ser trabalhadas e esclarecidas ainda durante o internamento. O utente tende a realizar o seu caminho para a autonomia em grande parte por sua conta, através de uma observação passiva relativamente aos cuidados a que é sujeito, ao invés de ser instruído, com um acompanhamento sustentado e planeado por parte dos profissionais de saúde. Das respostas obtidas transpareceu a necessidade do utente em querer manter-se o mais autónomo possível enquanto internado, adaptando estratégias de aprendizagem pessoais e de observação dos cuidados, como foi visível no discurso de João e de Alberto: “...quando me senti já a andar com o andador já queria ir sozinho.” (E1.15); “levavam-me ao banho, mas nunca me chegaram a explicar ou a ensinar mais nada...eu fui fazendo.” (E5.8).

Neste contexto torna-se essencial enaltecer a importância de realizar ensinamentos ao utente, e bem como executar com o próprio, pois o utente sente necessidade acerca do que fazer, porque fazer, quando fazer e como fazer. Ensinar implica informar de uma forma sistematizada sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2011, p.96). Branco & Santos (2010, p.120) citando Henriques (1999) salientam que o ensino à pessoa é de extrema importância, pois “favorece a transmissão de conhecimentos acerca das condutas necessárias durante a doença e a convalescença, para que se tornem o mais autónomos possível”. Mas, para que os cuidados sejam realizados de modo adequado, responsável e com segurança é necessário que exista ensinamento, instrução e

treino (Branco & Santos, 2010). O ensino e treino das AVD passam assim por estratégias no vestir e despir como adaptar certas roupas adequadas, ensino de estratégias de transferências, de higiene, produtos de apoio possíveis de utilizar e funcionais para as limitações existentes, e ainda exercícios da mobilidade de modo a prevenir complicações.

Será também importante o conhecimento do espaço físico do utente no seu domicílio, para que se possam realizar os ensinios tendo em conta as necessidades e dificuldades possíveis de encontrar. No discurso de João notou-se que a hora do banho no hospital era diferente da realizada em casa: “lá não havia banheira, era banho de pé...ia lá a casa de banho.” (E1.12).

É necessário assim que durante o internamento se aproveitem todas as oportunidades para ensino ao utente e capacitá-lo para o seu autocuidado. Momentos de ensino oportuno como a hora da higiene poderá ser uma das estratégias para a resolução de possíveis problemas como dúvidas que o utente apresente, como por exemplo, como fazer em casa os cuidados de higiene, técnicas de vestir, transferir e até de locomoção. No testemunho de Alberto observou-se que por exemplo, o enfermeiro poderia ter estado presente na primeira higiene para verificar limitações e problemas e proceder deste modo a um ensino dirigido às necessidades/dificuldades observadas e/ou manifestadas pelo utente: “os últimos dois dias no hospital tomei sozinho. O primeiro e segundo dia foram duas auxiliares...ajudaram-me a levantar da cama.” (E5.14).

Simões & Grilo (2012) referem que o treino é um dos recursos para a aquisição de habilidades e a educação para a saúde um instrumento importante para a transmissão de saberes. Estes dados consolidam a necessidade e a importância de o enfermeiro generalista planear o ensino ao utente atendendo às dificuldades e limitações identificadas, potenciando as suas capacidades e adequando os ensinios aos recursos disponíveis, bem como realizar o treino com o utente acerca de exercícios e estratégias adaptativas tendo em conta as necessidades, realizando de modo contínuo a avaliação da aprendizagem (DGS, 2010). Na mesma linha de pensamento, e sabendo que o EEER é detentor de conhecimentos teóricos e técnicos, poderá contribuir para exercer um papel primordial nesta categoria, sendo capaz de promover uma adaptação dos

mesmos às capacidades da pessoa, favorecendo uma readaptação funcional da pessoa dependente capacitando a mesma (Menoita et al., 2012). O contributo do EEER poderá ter grande valor no ensino destes exercícios do cuidar, uma vez que nas suas competências este, “ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamentos/domicílio/comunidade)” (J1.3.3), bem como é responsável pela avaliação dos “resultados das intervenções implementadas” (J1.4). Dentro da equipa, o EEER desempenha um papel de pivot e é dotado dos instrumentos necessários para conhecer e compreender os hábitos, os recursos e o projeto de vida de cada pessoa, auxiliando a obter maior qualidade de vida, quer pela otimização dos recursos externos, quer pelo apoio na identificação e desenvolvimento do potencial funcional individual (Branco & Santos, 2010). Ressalta-se assim a sua importância na capacitação para a independência funcional, maximizando o potencial funcional do utente atuando por exemplo para prevenção de reinternamentos e de possíveis complicações como infeções, problemas de mobilidade, alterações emocionais, bem como na promoção de conforto e bem-estar. Deste modo, promovendo a qualidade de vida no utente, previnem-se complicações de saúde no utente, situações de *stress* e exaustão (Petronilho, 2007).

2.3. Regresso do Utente ao Domicílio

Preparar o regresso a casa implica a necessidade de transição de cuidados que são inicialmente executados no hospital para a continuidade dos mesmos em casa. Torna-se assim necessário munir o utente de estratégias adaptativas de cuidados para que este regresso seja realizado de modo saudável, minimizando eventuais riscos a que estão sujeitos. De um modo geral, a realidade a que ainda se assiste é que a decisão da alta hospitalar ainda se encontra centrada na figura médica e não na equipa de saúde, sendo geradora de *stress* quer para a equipa quer para o utente e família. Uma vez que o planeamento da alta tende a ficar incompleto em meio hospitalar, torna-se por isso necessário o acompanhamento durante o internamento por uma equipa interdisciplinar de prestação de cuidados,

facilitando a independência e a transferência adequada e em tempo útil ao utente (Menoita et al., 2012).

O regresso a casa poderá assim ser um momento de grande angústia, quer para o utente e sua família, uma vez que se confronta com as suas incapacidades e onde não existirá o apoio da equipa de saúde. Das entrevistas realizadas todos os utentes regressaram ao domicílio anterior, podendo estar associado ao fato de eles próprios se sentirem capazes de regressar, bem como também à existência de apoio familiar no domicílio e claro, tendo em conta a sua condição clínica favorável.

Contudo, atualmente com as Unidades de Cuidados Continuados, muitos são os utentes a serem referenciados com o objetivo de recuperação, obtendo o maior grau de independência possível.

O utente experiencia de maneira individual todo o processo de adaptação à transição saúde/doença, podendo manifestar sentimentos de medo e/ou insegurança. As transições são acompanhadas de um conjunto de emoções, as quais estão muitas vezes relacionadas com as dificuldades do próprio processo de transição, pelo que é importante que o utente adquira estratégias de superação, pois poderá fazer diferença numa passagem mais ou menos saudável para o processo de adaptação de regresso a casa (Simões & Grilo, 2012).

O que se verificou da análise das entrevistas foi que, os utentes na adaptação a este novo papel fizeram-se acompanhar da ajuda da família, principalmente do seu cônjuge. A família sem dúvida, é considerada uma ajuda privilegiada, quer para fornecer suporte nas AVD, quer para fornecer suporte emocional. Dos utentes entrevistados a maioria necessitou de apoio inicial nos primeiros tempos, e alguns mesmo após um mês em casa ainda continuaram a necessitar de apoio para os pequenos cuidados, como a higiene e algumas tarefas domésticas. Dois dos utentes tiveram o apoio do seu cônjuge em atividades do autocuidado, ou seja, sentiram necessidade de ter alguém por perto para apoiar nos cuidados, por um lado devido a perda da capacidade para a realização dos mesmos e por outro para se sentirem mais acompanhados e seguros. João e a Luísa, por exemplo tiveram a ajuda dos seus cônjuges nos

cuidados de higiene, na gestão da sua medicação e em tarefas domésticas: “a esposa ajuda-me com os medicamentos...” (E1.22); “tenho a ajuda do marido no banho, no comer, nos afazeres da casa...” (E4.15).

Percebe-se assim que estas atividades desenvolvidas poderão estar relacionadas às condições físicas do utente, ou seja, o seu grau de autonomia. O suporte familiar assume-se como sendo, ao contrário da institucionalização, o melhor enquadramento para a continuidade de cuidados do utente (Branco & Santos, 2010). O simples fato de o utente ter confiança no seu familiar e o ambiente conhecido em que se encontra proporciona oportunidades de autonomia, bem como funciona como um suporte em áreas para as quais ainda não se encontra totalmente autónomo. A falta de suporte familiar poderá fazer surgir alterações do foro emocional uma vez que a doença acarreta sentimentos de ansiedade, medo, insegurança, que estão associados muitas das vezes à incógnita da recuperação. Receio de um novo episódio de doença ou mesmo de morte, necessidade de atenção, sentimentos de abandono são referidos na literatura, pelo que o suporte familiar neste aspeto é relevante. Dos testemunhos obtidos não se associou de modo direto nenhum comentário que pudesse explicitar esta situação, no entanto foi claramente visível no discurso de Alberto o desconforto emocional e o sentimento de fracasso para com os outros: “foi a minha neta que me foi buscar...fiquei com menos força nas pernas...ainda com menos força...tenho estado a fazer muito esforço...sinto que ando a fazer sofrer as pessoas...prefiro morrer...já não faço companhia a ninguém.” (E5.2).

As alterações provocadas pelo AVC originam muitas vezes uma modificação e alteração do papel que o utente desempenha, levando a que este tenha de se adaptar a uma nova realidade gerindo de modo pessoal toda a situação. Assiste-se por parte do utente vítima de AVC a uma restrição dos contactos sociais, da participação em atividades comunitárias, ora por medo de não serem capazes ou simplesmente por vergonha (Branco & Santos, 2010). O testemunho de Luís demonstrou que o AVC pode alterar a rotina do seu quotidiano: “larguei a leitura da igreja por exemplo... ainda agora.” (E3.3).

Esta falta de interação social pode levar ao isolamento social, devido por exemplo à existência também de um suporte social pouco estruturado. O

testemunho de Alberto demonstrou a falta de vontade de interagir e manter a sua participação na sociedade: “antes saía mais de casa...agora tenho menos vontade de sair de casa...tenho menos mobilidade...o corpo pede cama...estou a ver se me chamam para a fisioterapia.” (E5.5).

O apoio no domicílio por parte de um familiar também poderá alterar a estrutura dos papéis antes existentes, mesmo que durante um período temporário. Não só na estrutura social, como também nas AVD, como foi justificado pelo testemunho de Luísa: “o banho...a marcha...o comer ainda é o marido que o faz....só agora começo a fazer mais algumas tarefas de casa, como passar a ferro, limpar o pó, estender a roupa, tratar dos animais.” (E4.6). A alteração das rotinas e hábitos diários fica comprometida, bem como as suas relações familiares e sociais, pelo que o utente deve participar de modo ativo no seu processo de cuidados de modo a atenuar estas alterações e permitir a continuidade do seu projeto de vida. O processo de recuperação e de se adaptar às incapacidades, permite que a pessoa reajuste as circunstâncias adversas que surgiram, a um novo estilo de vida e a um corpo alterado (Menoita et al., 2012).

O esforço em reunir todo um suporte pessoal para recuperar e se adaptar à doença, e o sentido de motivação e esperança visível em alguns dos utentes entrevistados, pode ser entendido como uma estratégia positiva de adaptação face à doença.

Da análise das entrevistas realizadas os utentes manifestaram vontade em recuperar, têm esperança na sua recuperação. A necessidade de se manterem ativos no domicílio, leva-os a adaptarem uma postura de tentativa e de procura de estratégias que julgam adequada às suas necessidades. Esta situação foi visível no testemunho de João: “andei sempre a direito, ia dar a minha voltinha, todos os dias de manhã, levo sempre a bengala.” (E1.6); “continuo a andar...não fico aqui a dormir...senão é que fico doente.” (E1.27).

A procura de maior autonomia possível também se encontrou presente nos testemunhos, verificou-se por exemplo a necessidade de exercer exercícios para a mobilidade, pelo que a aprendizagem por quem já passou pelo mesmo também é valorizada e assumida pelos utentes. Na fase de adaptação, o utente tende a

participar de modo ativo no seu próprio processo de reabilitação, sente-se motivado para recuperar, reconhecendo os benefícios de se manter ativo, como observado no discurso de Luís:

as pessoas em volta, pessoas que já passaram por isso, que era bom fazer movimentos e toda a gente diz, e aceito de bom grado no ensinamento. E eu próprio, mesmo com a mão estou sempre a esticar, mesmo até os ombros, tudo o que puder fazer de ginástica eu faço, mas claro, noto o que mais falta faz é a zona do ombro, a mobilidade do ombro. (E3.15).

No discurso de Luísa, a vontade em recuperar também foi visível:

o marido ajuda no banho, no comer...cuidados à casa. Por minha iniciativa adaptei um banco no chuveiro...o resto ia fazendo eu sozinha, com o apoio sempre das canadianas...ainda tenho alguma dificuldade em subir as escadas...continuo a fazer as minhas caminhadas. (E4.17).

Como já foi referido, os utentes manifestaram esperança na continuidade da recuperação no domicílio, no entanto de salientar que muitas vezes quando a informação falha no internamento, estes tendem a adaptar os cuidados atendendo ao fato de terem vivenciado a experiência de doentes no hospital, ou seja, observam os cuidados prestados no hospital dos quais foram alvo e transpõem/adaptam à sua realidade, de um modo pessoal. Esta constatação transpareceu no discurso de João: "...tenho o apoio da bengala...não me disseram nada no hospital...eu é que como lá andava com andarilho...quando vim para casa...depois cá vi que com a bengala era melhor para me apoiar..." (E1.25).

Cada utente tem perceções e significados próprios no que diz respeito ao conceito de saúde e de doença, e são estes aspetos que influenciam as condições em que ocorre a transição. É de referir que as condições pessoais, comunitárias e da sociedade podem facilitar ou inibir o modo como ocorre a transição e os respetivos resultados (Branco & Santos, 2010).

Salientou-se da análise das entrevistas, ainda que de modo breve, o processo de como decorre a adaptação à situação de doença e às limitações impostas pelo AVC. Os utentes abordam assim sentimentos e experiências que podemos considerar como negativas, como o medo, desânimo, a insegurança, depressão, solidão e ainda é visível a perceção que têm como sobrecarga para os familiares e a incerteza em relação à sua recuperação e futuro. Em simultâneo

podemos constatar que mesmo vivenciando de modo negativo a doença, os utentes manifestam força de vontade, motivação e sentem-se capazes de recuperar, têm esperança. Conhecer e tomar consciência da doença e o esperado após o AVC como as dificuldades possíveis, influenciam o modo como irá decorrer o processo de transição. Tendo em conta o aparecimento súbito do AVC, não é de todo possível uma preparação prévia e o utente tende a apegar-se às suas crenças pessoais no processo de adaptação acreditando que vai melhorar, como o transmitido no discurso de Luís e também no testemunho de Luísa: “as coisas que não conseguia ficava um pouco desanimado, mas também sei que estou a recuperar bastante e que há muita coisa para melhorar.” (E3.10); “não, apenas fui chamada para consulta de Medicina Física e Reabilitação...ainda estou a espera que me chamem para a fisioterapia. Deviam explicar mais exercícios para se fazer em casa...é preciso muita força de vontade, se não tivermos...” (E4.18).

Podemos inferir que existe uma ambivalência nos testemunhos anteriores, uma vez que o utente demonstra o desejo de recuperar, ficar saudável provocando sentimentos positivos, os quais entram em conflito com o inesperado, a revolta pelas incapacidades provocadas pelo AVC. A consciencialização de que os recursos que o utente apresenta como o apoio da família ou amigos, as informações disponibilizadas pelos profissionais de saúde são facilitadoras do processo de transição, já a sua inexistência (recursos, ensinamentos), falta de apoio emocional e a ineficácia no planeamento da alta dificultam ou são inibidores do processo de transição (Meleis et al., 2000).

No discurso de Alberto, salientamos a necessidade da fisioterapia, sendo visto quase como um bem prioritário no regresso a casa e o adequado para continuar a sua recuperação. Ou seja, o reconhecimento pelos utentes da importância de continuar a sua reabilitação após o AVC, poderá influenciar no processo de transição: “preciso da fisioterapia como do pão para a boca...mais do que comer...para sentir mais mobilidade...mais força nas pernas...antes tinha mais vontade para sair...antes era uma pessoa muito ativa.” (E5.16).

O enfermeiro de cuidados gerais tem assim a função de durante o internamento averiguar as principais necessidades manifestadas pelo utente e

que poderão continuar a necessitar de apoio no domicílio, para que deste modo alerte o familiar para a eventualidade necessidade de assistência numa fase inicial aos cuidados ao utente. Assim, do ponto de vista do processo de adaptação às transições, espera-se que os enfermeiros e neste caso em especial aos EEER, estejam na linha da frente para prevenir e atenuar os efeitos devastadores que a doença provoca, uma vez que possuem competências para assistir o utente nos processos de transição, pois são capazes de conhecer todo o ambiente em que o utente está inserido (social e familiar). As tarefas de natureza doméstica, passatempos e atividades de lazer, convívio social são atividades importantes para as pessoas após o AVC, sendo necessário desenvolver condições, para as quais este profissional tem capacidades, com o objetivo de ensinar estratégias de reintegração nestas atividades promovendo uma transição saudável.

Os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas sim da continuidade e relação de trabalho desenvolvida por toda uma equipa, tendo como objetivos obter ganhos em saúde e qualidade de vida, pelo que, e tendo em conta o regulamento de competências específicas do EEER, a sua intervenção foca-se na avaliação dos “aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade” (J1.1.5), bem como “identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD de forma independente no contexto de vida da pessoa” (J1.1.4).

Para além dos problemas físicos causados pelo AVC, surgem associados a estes de modo secundário, problemas de natureza social e de natureza emocional como já referido anteriormente, tais como a depressão e ansiedade. Neste contexto e segundo a DGS (2010), o enfermeiro é o profissional capaz de identificar sintomas que indiquem a depressão, encorajar o utente a expressar os seus sentimentos e frustrações e explicar que estas alterações decorrem do próprio processo de doença, logo apoiar o utente e reorientá-lo de novo à sua realidade estimulando a sua autoimagem e ao autocuidado é essencial, recorrendo a objetos familiares como fotografias, utilizando sempre uma linguagem clara e simples e ainda estar atento a alterações no campo da sexualidade e verificar necessidade de apoio especializado.

Neste contexto, o cuidado do EEER tendo em conta o regulamento de competências específicas é direcionado à avaliação da funcionalidade nos diferentes níveis, incluindo o nível cognitivo (J1.1), no diagnóstico das alterações decorrentes das incapacidades e que determinam limitações da atividade; em conceber planos de intervenção, selecionar e prescrever intervenções nos diferentes níveis da funcionalidade, no sentido de reeducar a função, discutindo as práticas de risco com a pessoa (J1.2); e ainda implementar as intervenções planeadas para a redução do risco de alterações aos diversos níveis (motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e sexualidade) (J1.3). Torna-se um elemento capaz de produzir conhecimentos, capacidades e competências científicas, técnicas e humanas, que lhes permite identificar alterações e estratégias capazes de minimizar os efeitos das alterações da funcionalidade que ocorrem aos diferentes níveis e dimensões da pessoa. Deve assim orientar o utente e fornecer apoio emocional de modo a facilitar o processo de adaptação à nova situação, bem como o treino de formas alternativas de realizar as tarefas habituais.

Do ponto de vista das dificuldades sentidas que emergiram no contexto da adaptação ao processo da transição saúde/doença, é de salientar que muitas das vezes é no domicílio que surgem necessidades para as quais o utente requer readaptação e nova aprendizagem. As atividades de autocuidado são um dos pontos que requer grande atenção, pois é neste aspeto que o utente terá de ser capacitado para manter as suas capacidades individuais básicas e as atividades de vida. Após o AVC, os utentes apresentam alteração na capacidade para se autocuidarem, sendo necessário além da mobilização dos segmentos do corpo e de exercícios que trabalhem a motricidade fina, também o estímulo da sensibilidade superficial e profunda é importante, para que se inicie do modo mais rápido a participação em atividades mais complexas do autocuidado. De entre as respostas obtidas, as maiores dificuldades de autocuidado manifestadas pelos utentes entrevistados foram a nível da sua higiene, na alimentação e na mobilidade. Os testemunhos de João e de Luís a seguir, evidenciaram estas dificuldades: “...e de por exemplo barbear, há muita dificuldade, é muito devagarinho, mas vou a pouco a pouco.” (E3.8); “...o banho ajuda-me sempre...tenho medo de cair...vamos sempre os dois...só no banho tenho a ajuda

esposa...” (E1.24); “...ultimamente o que mais dificulta ainda é o gesto de comer...” (E3.7).

O regresso a casa origina assim algum impacto na vida do utente, dificultando tarefas que antes realizava sem dificuldades e de modo autónomo. As alterações relacionadas com a atividade/mobilidade, alimentação, ou seja, de ordem mais física foram as manifestadas durante a análise das entrevistas. No entanto alterações decorrentes do AVC como as de eliminação, vestir/despir, visuais e mais específicas como as transferências, levantes não foram manifestadas por nenhum dos entrevistados, contudo são possíveis de ocorrerem no utente que sofreu um AVC. Um aspeto importante a ter em conta, desde que a condição o permita, é o de se ir responsabilizando o utente pelo seu autocuidado, para que este se adapte de modo gradual às limitações existentes, encorajando a realizar as tarefas usando as partes do corpo não afetadas (Branco & Santos, 2010).

Foi observado da análise das entrevistas também dificuldade no controlo e gestão da medicação. Por vezes os défices cognitivos provocados pelo AVC poderão comprometer a capacidade de concentração, ocasionar perda de memória, resultando por exemplo no esquecimento da dose, dos nomes dos medicamentos e horários dos mesmos, pelo que será assim uma dificuldade encontrada, necessitando de alguém para se ocupar desta tarefa, como transmitido por João: “tenho dificuldade em conhecer as caixas dos medicamentos...antes eu era capaz...” (E1.11).

Outra das alterações que pode ocorrer após um AVC está relacionada com a comunicação. Além das alterações motoras ocorridas após um AVC, também os problemas com a comunicação surgem e muitas das vezes de modo complexo como a disartria e a afasia (Branco & Santos, 2010). Esta alteração foi visível nos seguintes testemunhos de Luís e de Joana: “não tive dificuldade...só na fala é que era mais difícil.” (E2.2); “...a linguagem e o raciocínio...por vezes estou que tempos para me lembrar do nome da pessoa...ou qualquer coisa...o raciocínio falha bastante.” (E3.26).

As alterações da comunicação podem originar dificuldade em comunicar-se, originando isolamento social que, por sua vez, pode desencadear ou agravar quadros depressivos. Torna-se assim importante que o utente compreenda esta situação e o seu impacto, pelo que o enfermeiro deve ajudar a identificar as capacidades afetadas, as potencialidades e os recursos a mobilizar (Branco & Santos, 2010). Esta alteração foi colocada nesta categoria, uma vez que a alteração na comunicação poderá afetar o processo de reabilitação pelas possíveis consequências emocionais que poderá provocar no utente, logo comprometer o autocuidado.

Como vimos, as alterações que ocorrem no modo de vida do utente após o AVC, podem provocar limitações físicas e cognitivas que dificultam a autonomia para a realização das AVD (vestir, alimentar-se, realizar a sua higiene pessoal, mobilizar-se), bem como, dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária e que comprometem a reintegração no meio ambiente social e familiar (ir às compras, conduzir carro, gerir e tomar a medicação, preparar a alimentação). Efetivamente cabe aos profissionais de saúde e em especial ao enfermeiro estar atento não só a aspetos físicos do utente, como também aspetos de natureza psicológica e emocional que comprometam o seu bem-estar. Reintegrar e reabilitar o utente para atingir o máximo da sua funcionalidade readquirindo a sua independência é assim um dos objetivos no processo de cuidados, e espera-se que o utente se reintegre por completo no seu ambiente familiar e social.

Por todas estas razões, o EEER tem um papel fulcral ao desenvolver estratégias e competências adaptativas com vista à promoção da independência do utente. Após o AVC os autocuidados ficam afetados, logo a execução dos mesmos é determinante para a independência (Menoita et al., 2012). Este profissional mobiliza e ensina técnicas para promover o autocuidado higiene, vestir alimentação, e deve incentivar a pessoa a não esquecer o lado afetado, pelo que deve ser integrado de modo gradual nas suas atividades (DGS, 2010). Além disso, tem assim as competências para capacitar o utente para o autocuidado, uma vez que “ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)” (J1.3.3),

e ainda “ensina a pessoa/e ou cuidador técnicas específicas de autocuidado” (J2.1.1). Menoita et al., (2012) salientam que os EEER são uma mais valia na recuperação do utente, assentam as suas intervenções em conhecimentos fundamentados e aptidões técnicas cada vez mais aperfeiçoadas na área da reabilitação. Capacitam o utente para a recuperação funcional, promoção do autocuidado, bem como habilitam o utente a lidar com a situação de dependência.

2.4. O Cuidador Informal Durante o Internamento

A primeira categoria que emergiu neste tema foi a experiência prévia em cuidar do outro. Da análise das entrevistas constatou-se que das quatro cuidadoras, todas elas já tinham alguma experiência prévia em cuidar, quer de familiares diretos, quer por exemplo em instituições de saúde. Petronilho (2007) salienta que existem parâmetros a ter em conta e que estes influenciam a capacidade de gerir os cuidados no domicílio. É necessária uma avaliação das necessidades da família, tais como o apoio que irá necessitar no domicílio (rede formal e informal) e a relação afetiva com a pessoa a cuidar, conhecer qual a disponibilidade e a capacidade para executar cuidados, e ainda o conhecimento de vivências anteriores semelhantes. Neste propósito emergiu esta categoria como um fator que de alguma forma contribui de modo favorável e facilitador para uma transição adaptada e personalizada de cuidados em casa. Conhecer a vivência de experiências anteriores semelhantes é dar oportunidade ao cuidador de expor os seus conhecimentos e averiguar as suas capacidades físicas e psicológicas como participante ativo no processo de cuidados, bem como conhecer as suas maiores dificuldades e possíveis condicionantes no cuidar, aspeto que deverá ser esclarecido durante o internamento. Da análise das entrevistas salientaram-se os relatos de Irene: “trabalhei dois anos no hospital, próximo de mim como o meu pai não...não é difícil...já tinha um pouco de experiência...certas coisas já sabia.” (E9.1); e de Rosário:

sim, já há um ano que tratava da minha mãe, fazia tudo até a própria higiene dela, não se conseguia baixar, não tinha equilíbrio, só lavar a cara e lavar os dentes, pentear-se...vestia-se apenas do tronco, o resto era eu, calcá-la e cortar as unhas. (E8.1).

O AVC provoca sequelas que poderão deixar a pessoa totalmente dependente para realizar os seus próprios cuidados, levando a que o cuidador o substitua nestas tarefas. Podemos realçar que a doença surge assim de modo súbito, e muitas das vezes os cuidadores não estão preparados para lidar com a dependência que a doença provoca. A experiência anterior de cuidar de alguém é assim importante uma vez que permite ao cuidador mobilizar as aprendizagens realizadas anteriormente, como foi descrito no discurso de Maria: “era bom...a gente fica surpresa com esta doença...se eu não tivesse trabalhado já na Santa Casa...eu não estava ao corrente de nada...eu ponho as fraldas como eu aprendi lá.” (E7.4).

De um modo geral, o enfermeiro deve assim estar desperto para esta situação, identificando em parceria com o cuidador as dificuldades do utente na realização das AVD, bem como as sentidas pelo próprio na satisfação das mesmas. Compreender a realidade que envolve o cuidar no domicílio é assim fundamental para proporcionar por parte do cuidador um cuidar saudável da pessoa dependente. O conhecimento prévio por parte do cuidador informal de aspetos do cuidar de uma pessoa dependente poderá ser fundamental para amenizar aspetos negativos que possam surgir. No entanto, de referir que a experiência anterior de cuidar do outro não significa que neste novo cuidar o cuidador não necessite de ser orientado, uma vez que aspetos de sobrecarga física e psicológica poderão surgir. Neste contexto salienta-se que o plano de reabilitação assume várias dimensões do processo de cuidar e o EEER poderá contribuir para o apoio neste processo adaptativo, fornecendo e intervindo de modo antecipatório às necessidades, e com o seu conhecimento diferenciado centrar-se na individualidade e prioridades do cuidador. O EEER em conjunto com a restante equipa tem a capacidade técnica e científica de reconhecer e valorizar o cuidador pelo esforço e disponibilidade em querer cuidar, pois como refere Hesbeen (2003, p. 64) “o espírito da reabilitação, além de omnipresente, deve ser cultivado por todos os membros da equipa. É, pois, conveniente sensibilizá-los para as situações que possam gerar desvantagem.”

Outra categoria que emergiu ainda neste tema foi a preparação da alta hospitalar. É de todo importante, uma vez que engloba todo um conjunto de

atividades desenvolvidas por uma equipa interdisciplinar de prestação de cuidados durante o internamento, com o objetivo de promover a independência e a transmissão de conhecimentos adequados e em tempo útil à pessoa e família (Menoita et al., 2012).

Tendo em conta a política atual de cuidados de saúde, mais orientada na prática para a doença e tratamento, observam-se internamentos mais curtos que originam a que a pessoa não conclua o seu processo de reabilitação em meio hospitalar. O espaço familiar é assim entendido como o lugar privilegiado para o processo e continuidade, no entanto, a notícia da alta quando não previamente preparada poderá originar situações de crise por parte do cuidador (Petronilho, 2007). Torna-se assim necessário o envolvimento ativo da pessoa dependente no processo de cuidados, bem como e sendo essencial, o da pessoa que vai assumir o papel de cuidador informal. Durante o internamento o cuidador informal necessita de adquirir conhecimentos e ser informado de todo o processo de cuidados, requer aprendizagem de habilidades para que consiga lidar com os problemas que possam surgir, bem como ainda verificar e avaliar com o mesmo a sua capacidade para ser cuidador conforme ulteriormente defendido.

Desta categoria emergiram três subcategorias, sendo que a primeira diz respeito à natureza de informação prestada pelos profissionais de saúde. Torna-se importante que o cuidador informal seja informado de todos os aspetos necessários para poder cuidar de modo saudável do seu familiar dependente no domicílio. As condições detetadas da análise das entrevistas realizadas salientaram uma informação por vezes insuficiente e escassa, nomeadamente no que diz respeito às informações sobre o diagnóstico do utente, o percurso do utente e os recursos disponíveis para obter ajuda, como foi visível no discurso de Irene:

não, eles lá e que tratavam de tudo...tinha um bocado receio que viesse com sonda. Quando ele saiu...ele mexia-se, mas pensava que não viesse com tanta dificuldade na parte esquerda...viesse com mais mobilidade...a médica disse que o lado esquerdo estava comprometido.” (E9.2).

Também no discurso de Maria foi visível uma despersonalização e carência de informação na altura da alta hospitalar, a qual foi transmitida de modo muito

geral e pouco elucidativa da situação: “entregaram as cartas aos bombeiros e eles entregaram-me a mim quando a vieram por a casa...eu falei com uma médica...acho que era médica...disseram que ela não falava”. (E7.8).

Outra questão a referir é o fato de por vezes o cuidador não sentir necessidade de determinada informação, porque eventualmente o grau de conhecimento que têm não é suficiente para isso, o qual é da competência do profissional de saúde. Assim é importante conhecer aquilo que o cuidador já sabe e conhece e questioná-lo, para que se possa orientar em aspetos que minimizem o cansaço físico e psicológico do cuidador, e para que a ajuda na adaptação ao ambiente do domicílio seja facilitada e isenta ou com o mínimo de riscos. Ou seja, conhecer o grau de dependência no momento da alta é importante, pois assim se poderá estabelecer e desenvolver um plano de cuidados adequado às reais necessidades do utente, bem como trabalhar em conjunto com o cuidador estratégias facilitadoras dos cuidados. No entanto, e no decorrer das entrevistas este aspeto não se encontrou muito visível nos testemunhos, ora porque não houve a tal necessidade por parte do cuidador, ora porque o utente tem alta para casa de modo quase súbito, e ao cuidador pouco parece ser dito. Aspetos observados nos discursos de D. Laurinda e de Rosário: “não foi necessário...ela aparentemente continuava autónoma precisando apenas de um apoio da minha parte...uma orientação.” (E6.3); “foi só na alimentação, que devia comer sem sal e gorduras...de resto mais nada, não me explicaram mais nada...entregaram as cartas.” (E8.3).

A continuidade dos cuidados fora do contexto domiciliário é uma realidade atual e a referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados é uma constante. Este aspeto está relacionado com o potencial de reabilitação do utente, bem como a sua vontade e o apoio familiar existente. Durante a análise das entrevistas foi observado que a algumas das famílias esta referenciação foi proposta, e onde a figura da assistente social se encontra presente, como visível no discurso de Rosário:

foi a médica que disse, mais no final do internamento e me mandou ir falar com a assistente social para saber o que se poderia fazer e os direitos para poder ir para a rede, a ver se a perna ainda recuperava mais. Voltamos a falar com a assistente social, devido

ao fato de se justificar a necessidade de ingressar nos cuidados continuados...para ver se a perna recuperava...nós não podíamos fazer nada para isso. (E8.8).

A DGS (2010) salienta que é importante no planeamento da alta hospitalar durante o internamento caso o utente siga para o seu domicílio, a articulação com o Centro de Saúde da área de residência do utente, bem como seja assegurado que o enfermeiro do Centro de Saúde efetue visitas domiciliárias periódicas para manter a continuidade de cuidados e a reavaliação de necessidades sentidas por parte do utente e cuidador. No entanto, devido à inexistência de testemunhos relativos a este ponto, não foi possível justificar que este aspeto foi ou não trabalhado na preparação da alta hospitalar.

Além de todos os aspetos referidos anteriormente, informar e habilitar o cuidador sobre estratégias e exercícios de mobilidade possíveis de realizar em casa, é fundamental para a reabilitação do utente que sofreu AVC, tendo em conta que são adaptados aos recursos disponíveis em casa. É assim importante consciencializar o cuidador e utente que grande parte dos exercícios são possíveis de realizar em casa e que são fundamentais para a sua máxima recuperação funcional, e que muitas das vezes esta recuperação é possível de se realizar em casa, no seu ambiente conhecido, e que desta forma estará a evitar complicações inerentes à imobilidade. No discurso de Irene salientou-se a esperança na fisioterapia como modo de recuperar o utente, bem como também se denota escassez de informação relativamente a exercícios de mobilização possíveis de continuar a realizar em casa:

não sei se demoram muito tempo a chamar para a fisioterapia...porque ele está a precisar...vamos esperar e depois logo se vê...não é só o braço, mas também a perna que está a precisar de se mexer...espero que ele melhore um bocadinho. A dieta é sem sal, sem gorduras. Elas dizem para irmos mexendo o braço, mas cá para mim se ele tivesse ido para a fisioterapia era o melhor. (E9.14).

Relativamente à informação acerca de outros recursos disponíveis na comunidade para apoio, a possível necessidade de adaptação do mobiliário e do equipamento em casa, de meios auxiliares de marcha, dispositivos auxiliares de apoio e os dispositivos de compensação, não foram encontrados testemunhos que justifiquem que esta informação foi transmitida pelos profissionais de saúde durante o internamento hospitalar, contudo torna-se uma informação relevante,

uma vez que são um conjunto de estratégias que visam aumentar o nível de independência do utente nas atividades do seu dia a dia, bem como são importantes para minimizar a sobrecarga física do cuidador possibilitando assim que o regresso a casa seja realizado de forma confortável e com o mínimo de riscos possíveis.

Ainda dentro da categoria da preparação da alta hospitalar, emergiu a subcategoria necessidade de aprendizagem sentida pelo cuidador. A necessidade de aprender como realizar os cuidados relatada pelos participantes pode estar associada ao fato de o AVC ter uma instalação súbita que não permite a preparação psicológica, bem como o assimilar conhecimento e ainda o envolvimento do cuidador nos cuidados, o qual se depara com uma situação nova e inesperada (Simões & Grilo, 2012). Refletindo um pouco ainda sobre a preparação da alta é necessário que o cuidador adquira todo um conjunto de conhecimentos e capacidades para poder cuidar do seu familiar dependente, pelo que deve ser devidamente ensinado, instruído e treinado (Branco & Santos, 2010). Ainda segundo os mesmos autores o ensino traduz-se em informar de forma sistematizada sobre temas da saúde em que a instrução diz respeito ao ensino através de uma informação sobre como fazer, e o treino é uma forma de demonstrar de modo prático as competências adquiridas. De entre as respostas obtidas, notou-se uma ausência de excertos relativos a momentos em que o cuidador foi levado a cuidar do seu familiar durante o internamento.

Contudo, pode ser percebido através de alguns discursos a necessidade de adquirir mais informação quer a nível do saber e do saber-fazer. Foi percebido através do discurso de Maria:

a assistente social disse para eu pedir ajuda no lar perto de casa...mas eu disse que é para pagar tudo, porque eles não vêm de graça...mas agora eu vou experimentar tê-la cá em casa...se me tivessem dito no hospital mais coisas, ensinados e informação sobre os cuidados a ter....de como fazer. (E7.5).

Também no relato de Rosário esta necessidade se encontrou visível:

por vezes está confusa e com períodos de desorientação...esquece-se das coisas. Já tenho experiência a cuidar do outro...secalhar as técnicas se fossem explicadas...o jeito para fazer as coisas...ninguém me explicou. (E8.13).

Podemos afirmar que existiu aqui presente uma necessidade de ensino, de treino prático dos cuidados, que para os quais se deve estar preparado, para evitar o desgaste emocional e físico e que geralmente ocorre nos cuidadores de utentes com AVC. Torna-se assim importante que o cuidador aprenda sobre aspetos teóricos do cuidar de uma pessoa dependente, por exemplo, prevenção da desidratação, de quedas, na gestão da medicação, bem como de aspetos mais técnicos como por exemplo, técnica de transferências, de posicionamentos, de levantar, e deste modo o cuidador é dotado de conhecimentos e habilidades para o seu novo papel. Sabendo que o ser humano aprende a maior parte do seu comportamento através da observação, torna-se importante que o enfermeiro consiga demonstrar de forma mais explícita e adequada possível, bem como consiga treinar com o cuidador os comportamentos mais complexos para que posteriormente o mesmo utilize esta aprendizagem quando fizer a sua própria tentativa (Petronilho, 2007).

A terceira e última subcategoria que emergiu nesta categoria está relacionada com a avaliação das capacidades do cuidador informal pelos profissionais de saúde. Em situações de dependência e assegurando cuidados de qualidade, torna-se necessário que o profissional de saúde e neste caso o enfermeiro, identifique e conheça as competências e motivação do cuidador informal para o exercício do papel de prestador de cuidados, bem como é muito importante dar tempo à família para identificar o membro que irá desempenhar esse papel (Petronilho, 2007). De referir que o papel de cuidador informal a maior parte das vezes se desenvolve com um início súbito durante o internamento, pelo que se torna necessário averiguar as suas capacidades para desempenhar esse papel, não só físicas como também psicológicas. Durante o internamento é assim importante dar tempo à família para decidirem quem irá exercer o papel de cuidador, bem como analisar este cuidador no sentido de conhecer as suas competências, habilidades e recursos para o processo de cuidar no domicílio, para que este saiba lidar com problemas que afetem o bem-estar e o autocuidado, e ainda para que este exerça as atividades de modo correto e eficaz. Conhecer os recursos da comunidade existentes que possam servir de apoio, bem como o domicílio do utente no sentido de detetar barreiras arquitetónicas é fundamental para a eficácia dos cuidados. Durante a análise das

entrevistas, os testemunhos transpareceram a não existência prévia de uma avaliação eficaz por parte da equipa para averiguar a capacidade do cuidador, bem como o envolvimento deste nos cuidados. Percebido nos discursos de Rosário: “não eu já estava um pouco habituada, trabalhei num hospital muitos anos...e também nunca me perguntaram.” (E8.2).

O que se verificou é que o papel de cuidador informal surge num enquadramento do compromisso familiar, sendo muitas das vezes aquele que está mais predisposto para cuidar, pelo que a possibilidade de escolha para assumir este papel de cuidar não lhe é possibilitada, e por vezes a inexistência de informação como prestar cuidados não permite uma escolha consentida e devidamente informada. Faria assim sentido que o processo de preparação da alta hospitalar fosse personalizado e profissionalizado para um maior acompanhamento das famílias, pelo que também seria possível “dar tempo à família para identificar o membro que iria desempenhar o referido papel” (Petronilho, 2007, p.71). O mesmo autor refere também que o planeamento do regresso a casa é um conjunto de atividades que têm “o propósito de ajudar os membros da família cuidadores a incorporarem no seu dia a dia comportamentos adequados, permitindo deste modo a adaptação aos novos desafios de saúde”.

Desta forma o planeamento da alta hospitalar envolve toda uma equipa multidisciplinar, nomeadamente o enfermeiro que tem como funções promover ações que estimulem a aquisição da maior autonomia possível, desde o ajudar na recuperação física e emocional do utente e família, o acompanhamento do utente e família desde a fase aguda até à intervenção na comunidade bem como todos os outros aspetos referidos anteriormente e que são de extrema importância na preparação da alta hospitalar. Marques (2007, p.30) salienta que:

informar convenientemente a pessoa/família sobre os cuidados necessários, o prognóstico de evolução da doença, os apoios e recursos existentes (...), um ensino personalizado, que capacite a família para prestar os cuidados adequados aos doentes, diminuiremos certamente, a relevância de alguns dos problemas que possam dificultar a sua reinserção social.

Os EEER com as suas competências acrescidas e pelos cuidados diferenciados executados pelos mesmos, tornam-se uma mais valia na

preparação da alta, bem como na transmissão de conhecimentos, capacidades e habilidades para lidar com problemas que surjam e que comprometam a continuidade de cuidados (Menoita et al., 2012). Tendo em conta o regulamento de competências específicas do EEER, este “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (J1.2). Ou seja, tem conhecimento acrescido para identificar as necessidades e orientar e conceber planos estratégicos de adaptação ao meio envolvente da pessoa/família, de modo a minimizar os efeitos da doença e dependência. Ainda dentro das suas competências este, “ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamentos/domicílio/comunidade).” (J1.3.3), bem como é responsável pela avaliação dos “resultados das intervenções implementadas” (J1.4).

A informação fornecida por estes profissionais torna-se assim um fator importante, pois traz ao cuidador informal benefícios essenciais para que a adaptação e a transição dos cuidados do meio hospitalar para o seu domicílio se realize de modo seguro com a aquisição de competências para cuidar, de modo a garantir a continuidade de cuidados. Uma vez que, após a alta hospitalar a necessidade de informação é um dos principais problemas referidos pelos utentes e famílias (Petronilho, 2007).

Neste seguimento a natureza da informação e a necessidade de aprendizagem são dois aspetos essenciais na readaptação à nova situação de saúde, pelo que a preparação da alta hospitalar deve ter início logo no acolhimento do utente, envolvendo o mesmo bem como a família no seu processo de cuidados, estabelecendo-se uma relação de ajuda no cuidar e no tratamento (DGS, 2010).

O EEER tem assim um papel fundamental dentro da equipa, uma vez que é dotado de instrumentos necessários para conhecer e compreender os hábitos, os recursos e o projeto de vida de pessoa, auxiliando a obter maior qualidade de vida, quer pela otimização dos recursos externos, quer pelo apoio na identificação e desenvolvimento do potencial funcional individual (Branco & Santos, 2010).

2.5. O Cuidador Informal no Regresso ao Domicílio

Aquando do regresso ao domicílio foi sentido pelos cuidadores informais algumas dificuldades que emergiram e que no nosso entender poderão causar desconforto no processo de cuidar no domicílio. Na tentativa de se explorar as dificuldades que mais surgiram durante o processo de cuidar no domicílio, verificou-se necessidade relativamente ao suporte social fornecido aquando da alta, nomeadamente acesso a consulta com o médico de família e acesso a medicação, conforme o testemunho de Laurinda:

faz falta uma articulação para se conseguir de modo mais rápido uma consulta com o médico de família...preciso de medicamentos e está difícil conseguir adquiri-los...o problema é não ter acesso direto ao médico de família. Apoio com o Centro de Saúde para ajudar nos cuidados...não existe nenhuma articulação. (E6.4).

Observa-se assim alguma dificuldade em obter consulta com o médico de família, fator que poderá provocar no cuidador informal mais ansiedade e preocupação, pelo que este é um aspeto importante uma vez que o suporte social e clínico após a alta é um ponto essencial para a eficácia dos cuidados. Segundo a DGS (2010), na fase crónica do AVC é importante o seguimento periódico pelo médico de Medicina Geral e Familiar, quer no controlo do quadro doloroso e/ou espasticidade, quer na necessidade de prescrever ajudas técnicas. Este profissional de saúde tem ainda a capacidade de fazer o encaminhamento para a consulta de Medicina Física e de Reabilitação quando detetar situações de perda de autonomia relativamente a um nível já alcançado pelo utente.

Aspetos mais técnicos da prestação de cuidados, tais como a higiene, as transferências, o andar, o alimentar e até a própria toma da medicação, foram percebidos nos discursos como dificuldades sentidas pelos cuidadores, deixando transparecer que é necessária uma orientação prévia de e para estes cuidados. Destacaram-se os seguintes testemunhos de Laurinda, Maria e de Irene respetivamente:

as dificuldades...ela não quer tomar a medicação...as vezes não sei como lidar com esta situação...e a gente chateia-se...havia de haver alguém que me explicasse como lidar com esta situação...tentar dar a volta...ela as vezes fica agressiva...uma vez que a parte cognitiva ficou alterada. (E6.5).

ela esta totalmente dependente, tenho de lhe fazer tudo. O transferir é o meu marido, os posicionamentos só me disseram, foi a doutora...para não estar sempre para o mesmo lado, de dia troco de um lado para o outro, mas por vezes eu sozinha não consigo e deixo-a estar. (E7.13);

difficuldade no andar, no levantar da cama para a cadeira, o comer está mais atrapalhado, não leva a colher a boca...não tem aquela força...se tivesse ido para os cuidados continuados ele podia ser...por exemplo no comer, podia ser que tivesse recuperado mais. (E9.7).

Estes dados consolidam a necessidade e a importância da existência de um apoio prévio relativamente à informação e ensino no sentido de minimizar as dificuldades sentidas e instaladas no regresso ao domicílio. É necessário verificar as preocupações dos cuidadores, aquilo que os incomoda, para que consigam antecipar dificuldades que surjam. Informar sobre recursos necessários para lidar com situações em casa, não só de equipamentos e apoios técnicos, como também de possíveis recursos humanos e de apoio a cuidados como a higiene, a marcha, a alimentação, posicionamentos.

Do ponto de vista das estratégias de resolução de problemas, as dimensões do autocuidado são percecionadas pelo cuidador como as que apresentam maior grau de dificuldade, e são estas nas quais o cuidador assiste o seu familiar ou até o substitui naquilo que ele não consegue fazer sozinho. Os testemunhos salientaram que as estratégias utilizadas pelos cuidadores informais para ultrapassar dificuldades que surgiram assentam na base do improvisado e na tentativa e erro, ou seja, existe da sua parte, adaptação de produtos de apoio para marcha e mobilidade, como foi visível no discurso de Maria e Rosário: “arranjei uma cadeira de rodas, quando me disseram que ela já não andaria...para a poder deslocar do quarto para a sala...pedi emprestado...e sento-a no cadeirão para estar a ver televisão.” (E7.7); “lavo-a sozinha...pedi cama articulada e com grades ao lar...era difícil levantá-la, vesti-la e dar-lhe comer...durante a noite levantava-me de duas em duas horas para ela poder urinar.” (E8.6). Assim como para assistência nas outras AVD como salientado por Laurinda:

a questão da higiene sou eu que lha faço, tem a diminuição de força no braço. Arranjei um banco de plástico e adaptei para a hora do banho...a higiene pessoal é ela que faz, ninguém me disse como saber...fui adaptando ao que achei que seria melhor para ela e para mim. A alimentação é muito complicada...recebia já a comida do centro de dia..., mas

sem sal e gorduras...está sempre a dizer que comida não presta. Anda dentro de casa, como ela usa duas canadianas...tenho de ser prática. (E6.12).

Por este motivo o envolvimento do cuidador no processo de cuidados ainda durante o internamento é importante e fundamental, a necessidade de fornecer informação sobre a realização dos cuidados é de extrema importância para minimizar os problemas que possam surgir no domicílio. Estes dados consolidam que o regresso a casa assume necessidades de carácter mais complexo, que pode estar assim associado à escassez de recursos disponíveis na comunidade, à escassez de informação disponibilizada ainda durante o internamento e ainda pelas dificuldades manifestadas e sentidas pela família quando assume o papel de cuidador. Frequentemente os cuidadores do utente que sofreu AVC assumem o papel de uma forma súbita, em que se deparam de modo inesperado com uma pessoa que antes era saudável para uma realidade contrária, de dependência e incapacidade, e a maior parte das vezes sem preparação para assumirem esse cargo, pelo que é necessário a adaptação a esta nova realidade. Petronilho (2007) salienta que as famílias requerem organização e tempo, o qual é indispensável para se adaptarem à transição.

Por todas estas razões, o regresso a casa implica que o cuidador se adapte a esta nova condição da sua vida, adquira conhecimentos e habilidades de modo a conseguir ultrapassar as barreiras e averiguar como esta perspetiva a continuidade de cuidados em casa. Podemos assim dizer que todos os enfermeiros contribuem para promover uma adaptação ao regresso a casa de um modo saudável, onde se englobam os cuidados imediatos até aos cuidados diferenciados, para os quais o contributo do EEER se torna essencial. Menoita et al., (2012), salienta o papel do enfermeiro e em especial o EEER na transmissão de saberes necessários para promover uma readaptação funcional da pessoa dependente, requerendo que o cuidador informal esteja ele, também apto para lidar com os problemas que surgem. Todos estes conhecimentos diferenciados são tidos em conta e assegurados pelo regulamento de competências específicas do EEER nas unidades de competência (J1.2) que salienta a capacidade deste profissional em conceber “planos com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”; na (J2.1) onde está visível a ação do EEER na elaboração e

implementação de “programa de treino de AVDs visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” bem como ainda “promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.” (J2.2).

Outra das categorias que emergiu da análise das entrevistas foi a sobrecarga do cuidador. O desempenho de cada cuidador está relacionado com as necessidades únicas e específicas de cada utente que sofreu AVC, podendo ser necessário durante o processo de reabilitação adaptar os cuidados, requerendo novas aprendizagens, as quais poderão elevar e provocar níveis de *stress* maiores. Prestar cuidados a alguém requer do cuidador tempo e disponibilidade, para que o recetor de cuidados mantenha ou conserve a sua condição física, psicológica ou social (Pereira, 2013b). Estes cuidados a grande parte das vezes envolvem situações de comprometimento a longo prazo, elevando o desgaste dos cuidadores quer físicos quer emocionais. Estas sensações foram percebidas nos testemunhos das quatro cuidadoras entrevistadas, dos quais destacamos o de Maria: “sinto-me nervosa e cansada...todos os dias...tenho de me sentar no sofá ou deitar todos os dias para descansar.” (E7.10). O cansaço e o desgaste psicológico são os sentimentos que mais se evidenciaram nos discursos analisados, pelo que estes aspetos comprometem o cuidar e o bem-estar quer do utente quer do cuidador, tornando-se necessário o desenvolvimento de estratégias de forma a prevenir estes acontecimentos.

Martins (2006), fazendo referencia à qualidade de vida dos prestadores de cuidados informais verificou que as dimensões mais afetadas são no domínio da saúde mental, vitalidade e saúde em geral, bem como vivenciam níveis elevados de ansiedade e depressão associados a níveis de sobrecarga física, emocional e social alterada. Também Costa (2003) citado por Menoita et al., (2012) salienta que os cuidadores informais sofrem alterações adversas em diferentes áreas da sua vida, como alterações da vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados quer ao nível físico como psíquico.

Da análise das respostas obtidas pode ser percebido que o desgaste psicológico e emocional muitas das vezes prevalece ao desgaste físico, podendo

estar associado à falta de liberdade, de tempo e disponibilidade para si, à dificuldade em gerir o cuidar com a atividade profissional exercida. Destacou-se o relato de Rosário:

bastante afetada, já tive duas depressões que duraram muitos anos, ando cansada e stressada...gerir a casa, comida, roupa, tratar da minha mãe e o meu trabalho. Cansada mais a nível psicológico, fico mais afetada...é muita coisa junta...quero deixar tudo pronto antes de ir para o trabalho.” (E8.9).

O esforço dos cuidadores necessita de ser aliviado, esta situação passa pela intervenção junto dos mesmos pelos profissionais de saúde, antecipando as necessidades e apoiá-los pelo esforço realizado. Petronilho (2007) salienta assim que deste modo, situações de rutura podem ser prevenidas bem como episódios de reinternamentos, uma vez que associa este aspeto à eficácia dos cuidados prestados pelo cuidador.

Neste contexto, outro aspeto a referir e não menos importante é a existência de Unidades de Cuidados Continuados, podendo ser uma mais valia para o cuidador estando ao dispor das mesmas para descansarem do papel de cuidadores. Simões & Grilo (2012) salientam que as famílias cuidadoras devem ser informadas acerca dos recursos da comunidade, dar-lhes a conhecer os serviços de apoio integrado e de saúde permitindo a estes períodos de descanso para que se criem condições de valorização social dos mesmos. A família requer necessidade de se organizar, de se adaptar à transição de saúde/doença pela qual está a passar. Para evitar a sobrecarga do cuidador durante a transição, o enfermeiro deve estar desperto para que este regresso a casa se desenrole de modo positivo. Importa assim salientar, o contributo do EEER na minimização da sobrecarga do cuidador, uma vez que assume um papel primordial na preparação dos cuidadores para aspetos práticos e problemas mais comuns que possam surgir no regresso a casa. Surgem como conselheiros e orientadores ao esclarecerem diferentes caminhos possíveis (Menoita et al., 2012). Pode afirmar-se assim que o EEER com os seus conhecimentos diferenciados de técnicas e táticas adequadas contribui como elemento orientador na ajuda a identificar fatores desencadeantes das situações de crise, com o objetivo de assegurar a saúde do utente e cuidador.

Apesar dos impactos e repercussões que o cuidar pode provocar no cuidador informal, comprometendo a sua saúde e qualidade de vida, surgiu como categoria o sentido atribuído ao cuidar do outro, ou seja, as repercussões e sentimentos entendidos como positivos e manifestados pelos cuidadores do presente estudo. Observado como um reforço dos laços familiares, o poder ajudar alguém com dignidade minimiza sentimentos de culpa e é manifestado como uma satisfação pessoal. O discurso de Laurinda transpareceu este sentimento:

não é fácil..., mas pronto...no fundo é a única coisa que já lhes podemos fazer e sente-se útil...sente-se útil...foi difícil tratar do meu pai com Parkinson a nível físico...não é fácil...começa a haver um desgaste...sinto necessidade de fazer o bem pela minha mãe...o meu irmão mora ao pé e passam-se semanas sem lá ir ter com ela...ele não faz por mal....tem medo...ele é muito sensível. (E6.8).

Na responsabilidade em cuidar de alguém prevalece o sentimento de dever em vez de uma obrigação a cumprir, sendo assumido como um ato voluntário, onde a possibilidade de ajudar e retribuir os cuidados a um familiar, é sem dúvida uma influência positiva e tranquilizadora no processo de cuidados. Este aspeto foi percebido no relato de Rosário:

é uma obrigação e dever...acho que é mais um dever...ela já fez o mesmo por nós, sinto-me com esse...sinto as duas coisas...obrigação e dever, mas mais um dever...gosto muito de ajudar..., mas nem sempre que preciso tenho ajuda. (E8.10).

Estes dados demonstraram sentimentos contraditórios manifestados pelas cuidadoras, deixando transparecer por um lado o desgaste físico e psicológico decorrente do processo de cuidar de uma pessoa dependente, e por outro lado o sentimento de bem-estar e dever cumprido a fazer o bem a alguém.

De acordo com Cangelosi (2009) citado por Pereira (2013b) é salientado uma crescente atenção dada aos ganhos ou às repercussões positivas, utilizando o termo “ganho do cuidador”, o qual evidencia as recompensas que muitos familiares sentem ao atribuírem um novo sentido à sua vida ao assumirem papel de cuidadores, e referem como influência positiva as relações com a pessoa dependente, mais do que a carga física que possam sentir. Assim, dentro da equipa o enfermeiro deve abordar o cuidador de forma individualizada, uma vez que cada pessoa é única, com sentimentos e emoções distintas, pelo que é necessário a integração do cuidador numa esfera não só de aspetos físicos como

também psicológicos e emocionais. Por isto tudo, o EEER poderá contribuir junto com a equipa, uma vez que segundo Menoita et al., (2012, p. 39), o EEER “surge como um conselheiro, porque tem um discurso pertinente e esclarecedor perante os diferentes caminhos possíveis”.

CONCLUSÃO

O tema abordado é de grande abrangência e muito mais se poderia dizer sobre este importante problema de saúde pública, cujas consequências são de grande importância quer para o utente e sua família, quer para a sociedade. O AVC acarreta inúmeras alterações ao utente e cuidador informal, quer na esfera física, psicológica e social, tornando necessário a readaptação e aprendizagem de novas habilidades nas diferentes atividades a desenvolver, sendo que o percurso a percorrer tem como objetivo a aquisição de capacidades e obter a máxima independência possível para as AVC ou adaptação às incapacidades.

Desta forma, é necessário iniciar de modo mais breve possível o programa de reabilitação incluindo o utente como participante ativo dos cuidados, bem como o envolvimento da família no processo de cuidados. Quando ocorre uma situação de dependência, a estrutura familiar vai sofrer alterações, pelo que se torna necessário preparar o regresso a casa de modo antecipado, sendo este um processo que envolve o utente, a família e os profissionais de saúde. Quando as consequências do AVC impõem limitação ao utente na capacidade de executar as suas atividades básicas e necessidades, a sua autonomia e a capacidade para o autocuidado ficam assim comprometida, remetendo esta responsabilidade para a família, nomeadamente para o seu cuidador informal. Sabemos que o domicílio ao contrário da institucionalização, é o meio mais favorável para o processo de reabilitação e para a continuidade de cuidados da pessoa que sofreu um AVC.

Assim, para que esta continuidade de cuidados no domicílio seja realizada de modo favorável e adequada torna-se fundamental que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, dirija a sua atenção para o cuidador informal envolvendo-o no plano de cuidados, tendo em conta as várias dimensões que o cuidar acarreta.

O plano de reabilitação deve iniciar-se assim durante o internamento fornecendo todo um conjunto de conhecimento aos utentes e cuidadores para que esta transição decorra de modo tranquila e saudável para todos os intervenientes.

Deste modo será possível diminuir o tempo de hospitalização e de reinternamentos.

No presente trabalho dois grandes grupos foram analisados: o utente e o cuidador informal. Da análise das entrevistas emergiram dois temas, o internamento e o regresso ao domicílio, pelo que a leitura a seguir será apresentada por esta ordem.

Relativamente à análise ao utente durante o internamento surgiram as categorias na área do conhecimento da doença e interpretação da mesma. A vivência pessoal de como cada pessoa vive a doença, as emoções sentidas, ajudam-nos a perceber como as pessoas entendem a doença e o conhecimento que dela têm. Deste modo, o percurso da doença é descrito desde a deteção dos sinais e sintomas, o encaminhamento para o hospital, e ainda os projetos de vida para o futuro. A prevenção da doença e a promoção da saúde são dois aspetos fundamentais pois atualmente assiste-se a um crescente aumento de doenças crónicas incapacitantes com repercussões familiares e sociais, comprometendo alterações na esfera pessoal. Os participantes reconhecem os sinais relacionados com o aparecimento do AVC, no entanto, ainda existem utentes que não associam ou desconhecem o AVC.

Relativamente à categoria relação com os profissionais de saúde, esta emergiu uma vez que, durante o internamento o utente se encontra fora do seu ambiente natural e o estabelecimento de uma correta integração e de uma relação sustentada na confiança e atenção por parte dos profissionais de saúde, é favorecedora de um internamento mais calmo, isento de medos e inseguranças sabendo a quem recorrer quando necessário.

Da categoria informação, emergiram necessidades nos domínios de quem dá a informação, de como é dada e o tipo de informação fornecida, e ainda, a preparação da alta hospitalar. Dotar o utente da informação necessária influencia positivamente a preparação da alta hospitalar e por sua vez o processo de transição para o domicílio. A necessidade de informação relatada pelos participantes prende-se com o fato de a maior parte das vezes não existir conhecimento prévio da doença e de toda a sua implicação. A pessoa precisa de

ser informada da sua doença, da sua recuperação e de todo um conjunto de informação que passa pelos apoios e recursos sociais e da comunidade existentes, da prevenção de complicações, bem como ajudas técnicas disponíveis e apoio na identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas. Todos estes aspetos se prendem com o processo de preparação da alta hospitalar, o qual se deve iniciar no momento do acolhimento.

Contudo, mesmo com a informação escassa na preparação da alta, os participantes revelaram que foi útil a que receberam para a continuidade dos cuidados. Podemos afirmar que tendo em conta o contexto do estudo, a preparação da alta não é assumida como prática sistematizada pelos enfermeiros, ficando à responsabilidade de iniciativas individuais de alguns enfermeiros.

A experiência do utente no internamento foi outra das categorias que emergiu da análise das entrevistas. Esta torna-se importante uma vez que o utente mobiliza recursos pessoais de aprendizagem dos cuidados muitas das vezes através da observação dos seus próprios cuidados. O AVC sendo inesperado, acarreta limitações nas atividades de autocuidados, pelo que se torna necessário o ensino prático de novas habilidades.

Do ponto de vista da análise ao utente no regresso ao domicílio emergiram duas categorias. A primeira corresponde à adaptação ao processo de transição saúde/doença subdivida no suporte familiar e na gestão pessoal da situação. É na família que após a agudização, o utente se apoia e é esta que inicialmente o acompanha durante a recuperação, funcionando como um suporte nas atividades mais técnicas como também de suporte emocional. Além de que, o utente encontra estratégias internas e pessoais para se adaptar às novas mudanças no regresso ao domicílio.

Outra das categorias que emergiram neste tema foi o das dificuldades sentidas pelos utentes. Estas dizem respeito às atividades de autocuidado como por exemplo a higiene, a gestão dos medicamentos, a mobilidade, a alimentação e a comunicação.

Os participantes demonstraram ainda muita esperança na reabilitação, no entanto nenhum dos cinco utentes frequentou programa de reabilitação após a alta hospitalar. Embora não visível de modo direto nos discursos, podemos inferir que a articulação entre o hospital e o apoio domiciliário para a reabilitação se encontra pouco eficiente e difícil, sabendo de início os benefícios e ganhos em saúde que o mesmo acarreta. É relatado pelos participantes que as dificuldades que emergiram no regresso ao domicílio se prendem com aspetos mais práticos das atividades básicas, para as quais necessitaram do apoio do cônjuge para as mesmas.

Contudo, das entrevistas denotou-se em alguns discursos vontade em regressar ao domicílio e com capacidade para tal, enquanto outros participantes revelaram necessitarem ainda de mais preparação e continuidade no hospital.

Podemos inferir que a transmissão de informação e a preparação da alta hospitalar com envolvimento ativo do utente são aspetos que influenciam positiva ou negativamente o processo do regresso a casa e a segurança da continuidade de cuidados.

Diante do exposto, salienta-se assim o papel do enfermeiro, e neste contexto o EEER, uma vez que mediante as suas competências específicas de educador e de participante ativo na preparação da alta hospitalar, apresenta capacidade de fornecer e disponibilizar informação adequada às necessidades identificadas, promovendo programas individualizados de reabilitação, sendo um profissional que em conjunto com a restante equipa contribui de modo favorável.

Do ponto de vista da análise do cuidador informal emergiu no tema do internamento a categoria experiência prévia do cuidar do outro e a preparação da alta hospitalar. Já ter alguma experiência em cuidar do outro poderá funcionar como suporte para o novo elemento da família a cuidar, promovendo uma adaptação eficaz no regresso a casa, no entanto torna-se necessário verificar as motivações existentes para cuidar. Da preparação da alta hospitalar emergiu a natureza de informação prestada pelos profissionais de saúde, a necessidade de aprendizagem sentida pelo cuidador e a avaliação das capacidades do cuidador pelos profissionais de saúde. A evidência do estudo mostra-nos que o

envolvimento da família na preparação da alta hospitalar tal como no utente é resultado de intervenções pontuais e generalistas dos cuidados por parte do enfermeiro e não de modo programado e individualizado. No entanto, os cuidadores manifestaram que a informação recebida, sendo por vezes insuficiente foi utilizada na continuidade de cuidados no domicílio. Da análise das entrevistas existiu uma ausência de excertos de momentos em que o cuidador foi levado a executar exercícios do cuidar, pelo que se conclui que a realização e demonstração de ensinamentos não foi desenvolvida. Esta necessidade traduziu-se em alguns discursos, e ela é fundamental para aumentar a autonomia do cuidador e também para que este desenvolva competências e execute os cuidados de modo mais seguro e tranquilo. Esta necessidade prende-se muitas das vezes com a importância de avaliar as capacidades físicas e também emocionais e as motivações do cuidador para cuidar, bem como o suporte social, a sua relação com a pessoa a cuidar e as suas condições económicas.

Do ponto de vista da análise ao cuidador informal emergiu no tema do regresso ao domicílio a categoria da adaptação ao processo de cuidados, da qual se evidenciaram as subcategorias dificuldades sentidas e estratégias de resolução de problemas. A adaptação ao processo de cuidados envolve todo um conjunto de atividades complexas, pelo que é necessário intervir de modo antecipatório nas suas necessidades e promover ajuda ao cuidador para que a adaptação decorra de modo saudável. Da análise das entrevistas também pode ser percebido que as dificuldades encontradas eram maiores no início quando iniciaram o cuidado, e com o passar do tempo estas foram superadas. Para alguns cuidadores existiu dificuldade e demonstraram insatisfação na articulação com a rede formal de cuidados de saúde. Concluiu-se também que em muitas das situações o cuidador devido à necessidade de resposta para problemas com que se depara no dia a dia, adota estratégias pessoais de resolução assentes na tentativa e erro.

Outra das categorias que emergiu foi a sobrecarga do cuidador, uma vez que da análise das entrevistas o cansaço físico e psicológico foi referenciado pelos cuidadores. Torna-se assim fundamental identificar com o cuidador as necessidades sentidas, verificar se este se encontra preparado para o ser, bem

como trabalhar em conjunto estratégias para que tal acontecimento não se desenvolva. A última categoria diz respeito ao sentido atribuído ao cuidar do outro, uma vez que embora se denote e cansaço físico e psicológico, os cuidadores se predispõem a cuidar numa perspetiva suportada em sentimentos de dever e compromisso para com o familiar dependente.

Por tudo isto, o cuidador necessita de ser acompanhado por profissionais de saúde competentes para assistir nesta fase, pelo que passa pelos EEER assumirem o seu papel de educadores e orientadores dentro da equipa, desde o acolhimento até ao momento da alta, proporcionando informação adequada para que o processo de transição decorra de modo saudável para todos os intervenientes no processo, minimizando o impacto do regresso a casa que muitas das vezes ocorre. São profissionais com capacidade de avaliar o cuidador quanto à tendência dos mesmos para a saúde e transição saudável, como para possíveis casos de vulnerabilidade, atuando deste modo de uma forma precoce.

No contexto domiciliário aquando da realização das entrevistas e não fazendo parte dos objetivos iniciais desta pesquisa, mas que se julgou pertinente comentar, observou-se naturalmente, uma certa satisfação por parte dos participantes ao permanecerem no seu domicílio, bem como ainda se verificou, a mobilização e adaptação de recursos materiais para o cuidado no domicílio, como a aquisição de auxiliares de marcha adequados a cada contexto, mobiliário mais funcional adaptado às necessidades. Contudo, observaram-se também algumas barreiras arquitetónicas como escadas, pavimentos irregulares, sendo difícil deslocar por exemplo uma cadeira de rodas, desorganização do espaço físico como mobiliário, e outros obstáculos potencialmente perigosos, sendo que os mesmos poderiam ser detetados e alterados previamente à alta, facilitando o acesso e prevenindo perigos, realizando visitas domiciliárias.

De um modo geral foram compreendidas as necessidades e dificuldades sentidas pelo utente e cuidador informal no processo de transição de cuidados do hospital para o domicílio, bem como os fatores com maior e menor impacto nesta transição. E ainda se verificou que o contributo do EEER em parceria com os restantes elementos da equipa influenciará de modo positivo o regresso a casa,

pelo que deste modo os objetivos a que nos propusemos foram de um modo geral atingidos.

A partir dos resultados deste estudo (não sendo generalizáveis) sugere-se assim:

- do ponto de vista da investigação, outros estudos semelhantes na área da preparação da alta hospitalar e regresso a casa, avaliando o impacto da mesma em aspetos por exemplo do autocuidado, da qualidade de vida no domicílio (através por exemplo de instrumentos de medição), os benefícios da enfermagem de reabilitação como orientadora na preparação do regresso a casa durante o internamento, como no domicílio, quer relativos ao utente que sofreu AVC como ao cuidador informal, no sentido de realçar também que o ER ajuda na recuperação da qualidade de vida. E ainda estudos em contexto domiciliário, analisando a intervenção do EEER e os ganhos na recuperação.
- do ponto de vista de programas de intervenção possíveis de realizar, emerge a necessidade de refletir em conjunto com a equipa sobre a abordagem do cuidar pela primeira vez e todas as suas implicações no cuidador; a elaboração e criação de programas centrados numa preparação da alta hospitalar mais cuidada, onde se incluam sessões de formação e ensino prático para aquisição de competências quer ao utente quer ao cuidador informal, e com seguimento e apoio nos primeiros momentos de regresso ao domicílio, com a possibilidade de realização de visitas domiciliárias no antes e no pós alta, bem como o contacto prévio com as redes formais existentes no contexto domiciliário, nomeadamente de cuidados de reabilitação no domicílio; elaboração da carta de alta de enfermagem atendendo não só a aspetos prescritivos (mudança da sonda nasogástrica e vesical, administração de injetáveis, realização de pensos), mas também atendendo a aspetos mais personalizados, para que sirva de suporte e articulação com a rede formal de apoio, nomeadamente com a equipa de enfermagem; desenvolvimento de projetos direcionados para a continuidade de cuidados na comunidade, como a criação de um grupo de cuidados de enfermagem no domicílio que acompanhe o utente e cuidador nos primeiros momentos após a alta e quando necessário, e adequado às necessidades dos mesmos, onde se incluíssem

além de outras áreas, a reabilitação no domicílio, minimizando a sobrecarga a todos os níveis.

Este trabalho foi assim extremamente enriquecedor, salientando que muito mais há a fazer e a investigar, pelo que sentimos, embora modestamente, ter contribuído para a reflexão das atitudes e potenciais contributos do EEER, uma vez que nas suas competências é um profissional que concebe, implementa e monitoriza cuidados especializados, relativamente às incapacidades e necessidades a que estão sujeitos os utentes vítimas de AVC e seus cuidadores, abordando deste modo todas as dimensões afetadas (pessoais, familiares e sociais).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Acidentes Vasculares Cerebrais. (2015). *Estratégias Europeias para o AVC – Objetivos para 2015*. Acedido a 10-05-2015. Disponível em: <http://associacaoavc.pt/SobreNos/Page8.php>
- Branco, T., Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Cambier, J., Masson, M., Dehen, H. (2005). *Manual de Neurologia*. Rio de Janeiro: Editora Masson do Brasil.
- Cardoso, M. J. S. P. O. (2011). *Promover o Bem-Estar do Familiar Cuidador: Programa de Intervenção Estruturado*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Doutoramento. Lisboa.
- Cerveira, J. A. (2011). *Independência Funcional nos doentes com AVC: Determinantes Sócio-demográficas e Clínicas*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Tese de Mestrado. Viseu.
- CIPE/ICNP®/ICNP. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. versão 2*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Coelho, R. M. A. (2011). *Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Tese de Mestrado. Viseu.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Costa, F. (2003). *Qualidade de vida pós-AVC: resultados duma intervenção social*. Faculdade de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado. Porto.
- Cunha, M. G. T. (2014). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar*. Instituto

Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Tese de Mestrado. Bragança.

Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem. Diário da República - I Série-A, Nº205, pp. 2959-2962.

Direção-Geral da Saúde (2004). Circular Informativa 12/DSPCS de 19/04/2004. *Planeamento da Alta do doente com AVC*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2006). Circular Normativa Nº: 03/DSPCS. *Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.

European Stroke Initiative (EUSI) (2003). *AVC isquémico: profilaxia e tratamento. Informação para médicos hospitalares e medicina ambulatória. Comité Executivo da EUSI. Recomendações 2003*. Acedido a 23-03-2015. Disponível em:

http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf

European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee And The ESO Writing Committee (2008). *Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischaemic Attack*. Acedido a 26/03/2015. Disponível em:

<https://www.karger.com/Article/Pdf/131083>

Ferraz, C. M. M. (2003). *A família do doente com AVC e a alta hospitalar – Papel do Enfermeiro na gestão da adaptação nas freguesias de Aldoar e Ramalde (Porto)*. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado. Porto.

Ferreira, C., Fernando, P., Ferreira I., Rodrigues, M. & Cruz, V. T. (2006). *Factores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais*. Acedido 27-03-

2015. Disponível em:

www.scribd.com/doc/54979235/Frv-Para-Avc.

Ferreira, R. C. (2011). *Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral Indicadores de Actividade 2010*. Lisboa. Acedido a 27-03-15. Disponível em: www.cndcv.min-saude.pt

Ferreira, R., Neves, R., Rodrigues, V. (2013). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013 – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Ferreira, R., Neves, R., Rodrigues, V. (2014). *Portugal – Doenças Cérebro Cardiovasculares em números – 2014 – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Ferro, J. M. (2000). Epidemiologia, factores de risco e prevenção primária do AVC. Lisboa. *Pathos*. 16, (7). 7-15.

Ferro, J., Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel.

Ferro, J. M., Henriques, I., Fonseca A.C. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico*. Lisboa: The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee.

Figueiredo, S. O. (2014). *Necessidades do familiar da pessoa com Acidente Vascular Cerebral no regresso ao domicílio – Contributos de Enfermagem de Reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Tese de Mestrado. Coimbra.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gonçalves, E. V. (2012). *Dependência Dos Idosos No Domicílio E Sobrecarga Dos Cuidadores – Impacto de um programa de Reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Tese de Mestrado. Coimbra.

- Guerra, I. C. (2008). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentido e formas de uso*. Cascais: Príncípia Editora, Lda.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Leal, F. (2001). Intervenção de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau, 18 (2). 129-151.
- Marques, S. C.L. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. M. F. P. S. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Hilfinger, D.K., Schumacker, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing development and progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS). Carta Social, rede de serviços e equipamentos (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.

- Monteiro, A. (2011). *Qualidade de vida (QV) em Indivíduos com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto. Tese de Mestrado. Vila Nova de Gaia.
- Natário, A., Aleixo, A., Silva, E., Barros, F., Henriques., Ramires, I. ... Meirinho, M. (2001). *Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Oliveira, V. (2012). Acidente Vascular Cerebral em Portugal – o caminho para a mudança. *Revista Científica da Ordem dos Médicos (Acta Médica Portuguesa)*. 25 (5).
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Edições Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, I. C. B. F. (2013a). *Regresso a casa: Estrutura da acção de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pereira, H. R. (2013b). *Subitamente Cuidadores Informais (Dando voz(es) às experiências vividas)*. Loures: Lusociência.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. A. S. (2010). A Transição dos membros da família Família para o exercício do Papel de Cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: Uma revisão da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*. (21). 43-55.
- Phipps, W. J; Sands, J. K; Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pinto, E. M. E. M. (2011). *Independência funcional e Regresso ao Domicílio: Variável chave para a Enfermagem de Reabilitação*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Lisboa. Tese de Mestrado. Viseu
- Polit, D.F., Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, Bernardette P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. (5ªed.). Porto Alegre: Artmed.
- Poupart, J., Deslauriers, J.P., Pires, A.P., Laperrière, A., Mayer, R., Groulx, L.H. (2010). *A pesquisa qualitativa, enfoques epistemológicos e metodológicos*. (2ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/9/2010). p. 8658- 8659.
- Ribeiro, A. C. B. L. F. (2013). *Benefícios da Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na Minimização da Sobrecarga do Cuidador Informal do doente com Acidente Vascular Cerebral*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Tese de Mestrado. Lisboa.
- Ricardo, M. M. P. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Tese de Mestrado. Bragança.
- Rodrigues, L. M. O. (2013). *A família parceira no cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Tese de Mestrado. Coimbra.
- Sá, M.J. (2009). AVC: primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. 12-19.
- Salgueiro, H. D. (2008). Factores de Risco Vascular e AVC nos idosos. *Revista Sinais Vitais*. (80). 52-56.
- Santos, R. M. S. (2013). *Contributos da Intervenção do Enfermeiro de*

Reabilitação na Evolução da Independência Funcional do Doente após AVC. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Tese de Mestrado. Coimbra.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Management of Patients with Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning.* Acedido a 27/04/2015. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>.

Sequeira, C. (2007). *Introdução à prática clínica.* (1ªed.). Quarteto Editora: Coimbra.

Simões, S.C., Grilo, E. N. (2012). Cuidados e cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano.* (31). 18-23.

Uva, M., Dias, C. (2014). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – Observações_ Boletim Epidemiológico.* 9. 12-14.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Guião orientador da entrevista semiestruturada

Guião orientador da entrevista semiestruturada ao utente

Blocos Temáticos (Utente)	Objetivos	Tópicos	Questões Possíveis
<p><u>1. Preparação da alta hospitalar - Ensinos e informação fornecida)</u></p>	<p>1. Conhecer qual informação que recebeu e quando (no acolhimento, a meio do internamento, sempre que solicitou, no dia da alta); verificar quem da equipa de saúde lhe forneceu informação e /ou ensino; conhecer o tipo de comunicação utilizado e relação estabelecida; conceber planos e intervenções para a redução do risco;</p> <p>identificar as necessidades de intervenção – reeducar a função nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, sexualidade</p>	<p>1. Cuidados físicos e técnicos para o autocuidado- verificar o ensino e treino de técnicas específicas de autocuidado;</p> <p>Ensinos e treino sobre autocuidados e AVD's: alimentar, vestir/despir, transferência, posicionar, andar, higiene, aspirar secreções, manusear algália, SNG..., cuidados físicos e técnicos;</p> <p>Esclarecimento sobre produtos de apoio; identificar a capacidade funcional da pessoa - (EEER)</p> <p>Discutir as práticas de risco com a pessoa.</p>	<p>1. Como foi viver a experiência de ter tido um AVC?</p> <p>2. Como foi regressar a casa depois do AVC?</p> <p>3. Quando lhe disseram que tinha alta, sentiu que estava preparado(a) para regressar para casa?</p> <p>4. Como foi a experiência do internamento, disseram-lhe coisas importantes acerca da sua doença e da recuperação?</p> <p>5. Que tipo de dificuldades ou problemas sentiu durante este mês? Ou não sentiu dificuldades?</p>
<p><u>2. Processo de transição do regresso a casa</u></p>	<p>2. Identificar fatores durante a transição (barreiras existentes, relacionados com o próprio utente como a idade, falta de informação, falta de apoio); necessidades sentidas; verificar se a informação fornecida pelos profissionais correspondeu às necessidades sentidas; avaliar aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença; conceber planos e intervenções para reeducar a função; indicar produtos de apoio</p>	<p>2. Aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde /doença e ou incapacidade;</p> <p>Verificar intervenções para otimizar e reeducar a função;</p> <p>Conhecer as barreiras e/ou aspetos facilitadores;</p> <p>Necessidades sentidas;</p>	<p>6. O que acha que poderia ter sido feito para evitar estes problemas/dificuldades?</p> <p>7. Enquanto esteve internado, que informações lhe forneceram que pudessem ajudar ainda mais para a sua recuperação?</p> <p>8. O que o médico lhe disse? E o enfermeiro?</p> <p>9. Quando lhe foi dada a informação (logo nos primeiros dias, sempre que perguntava, antes de ter alta)</p> <p>10. Durante este mês</p>

<p><u>3. Experiência vivenciada/sentida</u></p>	<p>3. Conhecer os sentimentos vivenciados durante o internamento e no regresso a casa (medo, angustia, confiança)</p>	<p>3. Conhecer os sentimentos, as emoções sentidas, a motivação para recuperar (aspectos físicos e psicológicos); Necessidades sentidas</p>	<p>necessitou do apoio de alguém para o ajudar nos seus cuidados? Se sim, quem?</p>
<p><u>4. Suporte /apoio familiar e satisfação</u></p>	<p>4. Verificar a necessidade de apoio (social ou de outro familiar), sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade; verificar satisfação com a sua vida</p>	<p>4. Articulação com recursos da comunidade (reabilitação, terapia da fala, apoio domiciliário)</p>	<p>11. Como tem sido, atendendo à sua limitação (ou não), aspetos relacionados com a alimentação, higiene, vestir e despir, o transferir-se, o deambular, eliminação?</p> <p>12. Durante este mês participou de algum programa de reabilitação?</p>

Guião orientador da entrevista semiestruturada ao cuidador informal

Blocos Temáticos (Cuidador)	Objetivos	Tópicos	Questões Possíveis
<p><u>1. Perceção do cuidador informal acerca da experiência vivenciada e sentida, no cuidar da pessoa dependente</u></p>	<p>1. Verificar a tomada de consciência acerca da dependência do seu familiar; conhecer os sentimentos vivenciados; conhecer a experiência de serem prestadores de cuidados; conhecer a existência de sobrecarga física e emocional.</p>	<p>1.Cuidar antes, como será cuidar.</p> <p>Impacto pessoal, social, económico</p>	<p>Idade</p> <p>Sexo</p> <p>Grau de parentesco</p> <p>1.Já tinha cuidado antes do seu familiar ou de alguém que necessitasse de cuidados?</p> <p>2.Durante o internamento participou nos cuidados a prestar ao seu familiar?</p>
<p><u>2. Preparação da alta hospitalar - Ensinos e informação fornecida</u></p>	<p>2. Conhecer qual a informação (focos) que recebeu e quando (no acolhimento, a meio internamento, sempre que solicitou, no dia da alta....); quem forneceu informação, tipo de comunicação utilizada; conceber planos e intervenções para a redução do risco; identificar as necessidades de intervenção – reeducar a função nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, sexualidade</p>	<p>2. Ensinos e treino sobre autocuidados e AVD's: ajudar a alimentar, vestir/despir, transferência, posicionar, andar, higiene, aspirar secreções, manusear algália, SNG..., cuidados físicos e técnicos;</p> <p>Esclarecimento sobre produtos de apoio; identificar a capacidade funcional da pessoa (EEER);</p> <p>Verificar conhecimento para saber fazer, como participar nos cuidados, se houve orientação para os cuidados e de quem.</p>	<p>3. Que informação achou relevante para ajudar a cuidar do seu familiar?</p> <p>a). Se sim, quais (alimentação, vestir/despir, higiene, transferências, posicionamento, ajudas técnicas, prevenção de úlceras, exercícios terapêuticos)?</p> <p>4. Que outros assuntos deveriam ser abordados e não foram (apoio/articulação com outras entidades)?</p> <p>5. Como foi cuidar do seu familiar durante este mês? Caso tenha sentido dificuldades, quais? A que associa estas dificuldades? Como poderiam ser minimizadas?</p>
<p><u>3. Processo de transição do regresso a casa</u></p>	<p>3. Identificar fatores durante a transição (barreiras existentes, relacionados com o próprio prestador de cuidados como a idade, falta de informação; verificar se a informação fornecida pelos profissionais correspondeu as necessidades sentidas; avaliar aspetos físicos,</p>	<p>3. Verificar processo de transição, as barreiras existentes, conhecimento de recursos na comunidade para apoio;</p> <p>Verificar a preparação/ensino para os cuidados;</p> <p>Sentimentos vivenciados (ansiedade, cansaço, outros sentimentos), disposição para participar</p>	<p>6. Quem lhe explicou a informação e em que momento do internamento (logo nos primeiros dias, sempre que perguntava, antes de ter alta)?</p> <p>7. Após este mês como se sente ao cuidar do seu familiar (física e psicológica)?</p> <p>8. Como é para si a</p>

<p><u>4. Suporte /apoio familiar e satisfação</u></p>	<p>psicossociais do cuidador que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença; conceber planos e intervenções para reeducar a função</p> <p>Indicar produtos de apoio</p> <p>4.Verificar a necessidade de apoio (social, familiar) sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade; verificar satisfação com a função de cuidador</p>	<p>nos cuidados;</p> <p>Conhecer barreiras/aspetos facilitadores da transferência de cuidados;</p> <p>Necessidades sentidas</p> <p>4. Articulação com recursos da comunidade</p> <p>sentimentos expressos relativos à sua vida, seu cotidiano; necessidade de apoio psicológico</p>	<p>experiência de cuidar do outro?</p> <p>9. Durante este mês recebeu algum tipo de apoio para cuidar do seu familiar?</p> <p>a)Se sim, qual?</p> <p>10. Como tem sido, atendendo à limitação (ou não) do seu familiar, aspectos relacionados com a alimentação, higiene, vestir e despir, o transferir-se, o deambular, eliminação?</p>
---	---	---	--

**Apêndice 2 – Questionário de caracterização sociodemográfica
e clínica dos utentes**

1. Sexo: ₁ ☐ Masculino ₂ ☐ Feminino

2. Idade: ₁ ☐ 25 anos - 35 anos ₅ ☐ 66 anos – 75 anos

2 □ 36 anos – 45 anos 6 □ 76 anos – 85 anos

3 □ 46 anos – 55 anos 7 □ 86 anos – 95 anos

4 ☐ 56 anos – 65 anos

3. Situação Profissional (atual): ₁ ☐ Empregado (a) ₂ ☐ Desempregado (a)

3 ☐ Reformado (a)

4. Local onde reside:

1 ☐ Domicílio 2 ☐ Lar 3ª Idade 3 ☐ Outro:

5. Com quem vive:

1 ☐ Esposa (o) 2 ☐ Filho (a) 3 ☐ Sozinho 4 ☐ Outro: _____

6. Data do AVC: _____ 7. Data de alta: _____

8. Dias de internamento: $_1 \square \leq 7 \text{ dias}$ $_2 \square > 7 \text{ dias}$ $_3 \square \geq 10 \text{ dias}$

9. Primeiro AVC: 1 ☐ sim 2 ☐ não

10. Tipo de AVC

- Isquémico ☐

- Hemorrágico ☐

- Outro: ☐

11. Fatores de risco:☐ **sim**☐ **não**

Se sim, quais:

- HTA ($\geq 140/90$ mmHg) ☐
- Diabetes Mellitus ☐
- Hipercolesterolemia ☐
- Bebidas alcoólicas (vinho, cerveja, ou outras, > 5 copos dia) ☐
- Fumador ☐

12. Destino após a alta:

- Domicílio anterior ☐
- Casa dos filhos ☐
- Lar ☐
- Outro hospital/instituição ☐
- Outro: _____ ☐

13. Défices motores, cognitivos, emocionais e de comunicação, na alta:☐ **sim****não**☐

- Depressão ☐ sim ☐ não
- Alterações cognitivas ☐ sim ☐ não
- Afasia ☐ sim ☐ não
- Alterações da mobilidade: _____ ☐ sim ☐ não
- Outro: _____ ☐ sim ☐ não

Data: _____**Obrigado pela sua participação!**

**Apêndice 3 – Grelha de categorização do conteúdo das
entrevistas**

Grelha de categorização do conteúdo das entrevistas - Utente

Temas	Categorias	Subcategorias	Sub-subcategorias	Excertos das entrevistas
<u>A - Internamento</u>	A.1 Conhecimento e interpretação do evento			E1.1; E1.3; E1.5; E2.1; E3.2; E4.1; E5.1; E1.2; E1.4; E3.1
	A.2 Relação com os profissionais de saúde			E1.18; E3.20; E1.14; E1.17; E5.10; E4.12
	A.3 Informação (da doença, da recuperação)	<i>A.3.1 Quem dá a informação</i>		E1.8; E2.10
		<i>A.3.2 Como é dada a informação</i>		E1.19; E2.12; E4.14; E5.11
		<i>A.3.3 Tipo de informação</i>		E1.9; E2.4; E2.6; E2.9; E2.11; E3.12; E3.19; E4.5; E4.8; E4.13; E5.7; E3.16; E1.28; E3.17; E4.10; E2.8; E4.7; E4.11; E5.4; E3.14
		<i>A.3.4 Preparação da alta hospitalar (comunicação)</i>		E3.18; E5.9; E1.20 E1.7; E2.3; E3.11; E3.21; E4.4; E5.3; E5.12
	A.4 Experiência do Utente no internamento	<i>A.4.1 Estratégias de ensino para o Autocuidado</i>		E1.12; E2.5; E5.14 E1.13; E1.15; E3.22; E5.8; E1.16
<u>B – Regresso ao Domicílio</u>	B.1 Adaptação ao processo de transição saúde/doença	<i>B.1.1 Suporte familiar (AVD e suporte emocional)</i>		E1.21; E1.22; E4.15; E5.13 E5.2;
		<i>B.1.2 Gestão pessoal da situação</i>	<i>B.1.2.1 Alteração dos papéis sociais</i> <i>B.1.2.2 Estratégias pessoais de adaptação</i>	E3.5; E3.3; E4.6; E5.5 E1.6; E1.25; E1.27; E2.14; E3.4; E3.6; E3.15; E3.23; E3.27; E4.9; E4.16; E4.17; E5.6; E3.10; E4.18; E5.16; E2.15; E1.26
	B.2 Dificuldades sentidas	<i>B.2.1 Atividades de Autocuidado (higiene)</i>		E1.10; E1.24; E3.8; E4.2
		<i>Gestão dos medicamentos</i>		E1.11; E1.23
		<i>Mobilidade</i>		E3.9; E3.13; E3.25; E4.3; E5.15
		<i>Alimentação</i>		E2.13; E3.7; E3.24
		<i>Comunicação</i>		E2.2; E2.7; E3.26

Grelha de categorização do conteúdo das entrevistas – cuidador informal

Temas	Categorias	Subcategorias	Excertos das entrevistas
<u>A - Internamento</u>	A.1 Experiência prévia do cuidar do outro		E6.1; E7.1; E7.4; E8.1; E9.1; E9.11-
	A.2 Preparação da alta hospitalar	<i>A.2.1 Natureza da informação prestada pelos profissionais de saúde</i>	E6.2; E6.3; E6.6; E7.9; E8.3; E8.4; E8.8; E9.2; E9.4; E9.5; E9.8; E9.14
		<i>A.2.2 Necessidade de aprendizagem sentida pelo cuidador</i>	E7.3; E7.5; E8.13
		<i>A.2.3 Avaliação das capacidades do cuidador informal pelos profissionais de saúde</i>	E7.2; E8.2; E9.3
<u>B – Regresso ao Domicílio</u>	B.1 Adaptação ao processo de cuidados	<i>B.1.1 Dificuldades sentidas</i>	E6.4; E6.11; E7.12; E8.11; E9.6; E9.12; E6.5; E7.6; E9.7; E7.13
		<i>B.1.2 Estratégias de resolução de problemas</i>	E6.12; E7.7; E7.8; E8.6; E8.12; E9.13; E7.14
	B.2 Sobrecarga do cuidador		E6.7; E6.10; E7.10; E8.9; E9.9; E7.11
	B.3 Sentido atribuído ao cuidar do outro		E6.8; E6.9; E8.5; E8.7; E8.10; E9.10;

Excertos das entrevistas por temas, categorias, subcategorias e sub-subcategorias - Utente

A – Internamento	
A.1 Conhecimento e Interpretação do evento	
E1.1	- “Foi aqui, vinha a andar, vinha dali, depois passou-me aquela coisa pela cabeça, comecei-me a esquecer das pernas, as pernas é como ficaram mortas, paralisado pronto”.
E1.3	- “...no outro dia atrás tinha bebido dois copos de vinho do porto, seria não seria?”
E1.5	- “No hospital disseram-me que estava tudo bem, mas eu disse que estava bem mal.”
E2.1	- “não conseguia falar...ligaram para o hospital...eu já andava cansada antes...disse ao médico e ele disse que não era nada.”...“agora sinto-me melhor do que antes do AVC, antes andava cansada, afogava-me muito, já emagreci.”
E3.2	- “...só quando vim de lá [hospital] é que comecei a dar por mim, que havia forças a faltar. Pegava por exemplo na colher, e ela caía da mão, não tinha forças para a elevar. A fala queria falar e não conseguia. A leitura começava a ler e as palavras ficavam a meio, parece que metade das palavras à frente não as vejo.”
E4.1	- “foi complicada, uma pessoa vê a morte a frente...em casa comecei a sentir-me...não conseguia andar...fui para o Centro de Saúde e depois para o hospital.”
E5.1	- “estávamos a almoçar, comecei a perder a falar até um ponto que deixei de falar...levaram-me imediatamente para o hospital...cheguei lá fui muito bem atendido...disseram-me após os exames que tido sofrido um AVC.”
E1.2	- “Nessa altura lembrei-me que poderia ser um AVC”
E1.4	- “a tensão uma a alta 10 e a outra 8, e bebi aqueles copos de vinho do porto para ver se aumentava.”
E3.1	- “não conhecia o AVC...”
A.2 Relação com os profissionais de saúde	
E1.18	- “os enfermeiros...mexa a perna, mexa a mão...disseram-me para ir fazendo.”
E3.20	- “O enfermeiro era mais para tirar a tensão.”
E1.14	- “Durante o banho era uma auxiliar que estava comigo a acompanhar-me...”
E1.17	- “o médico... só o lá vi uma vez...foi logo quando eu cheguei...nunca me disseram nada.”
E5.10	- “foram simpáticos [os enfermeiros]...eu comecei depois a andar com o apoio da bengala porque antes também já andava...não foi preciso dizerem-me grande coisa.”
E4.12	- “o enfermeiro ia lá ligar as máquinas e dar-me a medicação.”
A.3 Informação (da doença, recuperação, alta)	
A3.1 Quem dá a informação	
E1.8	- “chegou lá um enfermeiro, só esse é que me disse: olhe a gente não é preciso vir aqui todos os dias, o senhor está sentado na cama, não sente que a perna esquerda arroja?...a perna esquerda que arroja uma bocadinho (até fomos um bocadinho a passear)...”
E2.10	- “não me disse nada...só que tinha alta.” [Médico] “O enfermeiro disse que eu ia recuperar.”
A3.2 Como é dada a informação	
E1.19	- “foi em qualquer altura...eu procurava se já podia ir a casa de banho...disseram que só com o andador...sempre havia alguém para poder perguntar...enfermeiras(os).”
E2.12	- “o enfermeiro foi ao pé de mim e disse-me no dia da alta estas coisas.”[informação]
E4.14	- “durante o internamento e sempre que precisei davam-me informação.”
E5.11	- “não tinha dúvidas...passados três-quatro dias comecei a melhorar da fala e menos força nas pernas.”
A3.3 Tipo de informação	
E1.9	- “...e pode ir fazendo assim com a perna para cima e para baixo umas poucas de vezes. E foi também quando

ele me disse: o senhor tem a boca ao lado. Ninguém ainda me tinha dito nada...”
E2.4 - “disseram que como ia fazer a terapia...ia recuperar...disseram apenas para continuar a falar.”
E2.6 - “...não me disseram nada de exercícios para a fala.”
E2.9 - “continuar a falar...”
E2.11 - “...também me disseram para fazer dieta sem sal e gorduras.”
E3.12 - “não, nem nada de especial.” [informação]
E3.19 - “O que me disse [médico], depois foi de que não poderia tocar mais no sal, álcool um copinho até lhe faz bem sim senhor, desde que não seja exagerado, no café se não o beber também não lhe faz falta.”
E4.5 - “nunca me disseram nada...nem a médica nem o enfermeiro...se ia para casa ou não...inicialmente disseram-me que ia para um centro de recuperação.”
E4.8 - “foi lá o enfermeiro no primeiro dia, explicou-me como devia andar e levantar, deram-me o andarilho.”
E4.13 - “...inicialmente com o andarilho explicaram-me [o enfermeiro] como havia de dar os passos.”
E5.7 - “tinha de fazer dieta, comer mais peixe, hortaliça e legumes, comida sem sal, sem gorduras.”
E3.16 - “nunca me lembraram ou disseram sobre ajudas técnicas...informação e ensino não existiu.”
E1.28 - “ninguém me perguntou como era a casa,...o quintal...só no dia da alta chegou lá a doutora e é que me disseram...prepare-se que vai ter alta.”
E3.17 - “neste aspeto se me disseram eu não me lembro.” [informação acerca de barreiras arquitetónicas]
E4.10 - “o que me disseram foi para tirar os tapetes, nem me perguntaram mais nada.”
E2.8 - “não me falaram nada...não disseram nada...disseram que eu vinha para casa a aguardar a terapia.”
E4.7 - “tentar que me dessem mais informação.”
E4.11 - “o médico disse para continuar a andar...cumprir dieta sem sal e não ficar parada.”
E5.4 - “o AVC deixou-me muito debilitado...verdadeiramente não me explicaram grande coisa...disseram que foi um AVC, que não foi muito pesado...doíam-me as pernas, os ossos por dentro...e disse isto lá no hospital.”
E3.14 - “essas conversas no hospital noto que não houve informação, não houve conversa...era mais os enfermeiros a tirar a tensão. Não houve muita informação nisso...em exercícios que poderia fazer ou outros aspetos importantes.”
A.3.4 Preparação da alta hospitalar (Comunicação)
E3.18 - “isso foi lá a doutora, tinham-me dito que iria ter alta na segunda feira, deu-me a carta da alta.”
E1.20 - “Na alta disseram-me: o senhor prepare-se que vai já embora...o meu filho é que ainda teve de ir pedir a carta de alta...a mim não me explicaram nada...ao meu filho é que explicaram, ele é que foi buscar a carta e as informações (as análises e a consulta).”
E5.9 - “a médica foi ao pé de mim duas ou três vezes enquanto lá estive, na alta entregou os papéis à secretária mas não foi ao pé de mim...nem me disse nada de relevante.”
E1.7 - “sim, sentia-me com vontade para voltar para casa, eles já se estavam era a demorar muito, eu é que não tinha lá roupa...já tinha vindo a ver do táxi.”
E2.3 - “senti que estava preparada.” [alta hospitalar]
E3.11 - “foi uma coisa que não passei muito cartão a isso. Querer ir para casa, claro que queria, ir para a família, não me preocupou estar mais tempo ou não.”
E3.21 - “No dia da alta foi só a doutora que me deu a explicação.”
E4.4 - “não...sentia que tinha de ter tido mais acompanhamento e informação das coisas.”
E5.3 - “eu não...ainda não estava preparado...convinha ficar lá mais uns dias, pelo menos mais uns quatro-cinco dias...eu não estava bem...sentia-me sem forças, sem vontade de viver...sem forças nas pernas...muito triste com a vida.”
E5.12 - “não...eu não devia sair de lá do hospital, devia começar logo a fazer lá a fisioterapia...embora me mandassem para casa devia ficar logo marcada.”
A.4 Experiência do utente no internamento
A.4.1 Estratégias de ensino para o autocuidado
E1.12 - “Lá não havia banheira, era banho de pé...ia lá a casa de banho...”
E2.5 - “Os primeiros dias ajudavam-me no banho...”
E5.14 - “os últimos dois dias no hospital tomei sozinho. O primeiro e segundo dia foram duas auxiliares...ajudaram-

me a levantar da cama.”
E1.13 - “...a primeira vez não queriam que eu fosse...ralharam comigo...fui sozinho...para vir para cá agarrei-me ao caixote do lixo, trouxe-o a arrastar...”
E1.15 - “...quando me senti já a andar com o andarilho já queria ir sozinho.”
E3.22 - “não perguntei nada.” [tirar dúvidas]
E5.8 - “levavam-me ao banho, mas nunca me chegaram a explicar ou a ensinar mais nada...eu fui fazendo.”
E1.16 - “fazia as coisas que me diziam para fazer, nunca me procuraram de nada.”

B – Regresso ao Domicílio
B.1 Adaptação ao processo de transição saúde/doença
B.1.1 Suporte familiar (AVD e apoio emocional)
E1.21 - “a minha esposa ajuda-me.”
E1.22 - “a esposa ajuda-me com os medicamentos...”
E4.15 - “tenho a ajuda do marido no banho, no comer,...nos afazeres da casa...”
E5.13 - “apoio precisei todos os dias...trazem-me a comida a casa.”
E5.2 - “foi a minha neta que me foi buscar...fiquei com menos força nas pernas...ainda com menos força...tenho estado a fazer muito esforço...sinto que ando a fazer sofrer as pessoas...prefiro morrer...já não faço companhia a ninguém.”
B.1.2 Gestão pessoal da situação
- B.1.2.1 Alteração dos papéis sociais
E3.5 - “A parte da escrita, o ler, ainda falta muita coisa.”
E3.3 - “Larguei a leitura da igreja por exemplo...ainda agora.”
E4.6 - “o banho...a marcha...o comer ainda é o marido que o faz...só agora começo a fazer mais algumas tarefas de casa, como passar a ferro, limpar o pó, estender a roupa, tratar dos animais.”
E5.5 - “antes saía mais de casa...agora tenho menos vontade de sair de casa...tenho menos mobilidade...o corpo pede cama...estou a ver se me chamam para a fisioterapia.”
- B.1.2.2 Estratégias pessoais de adaptação
E1.6 - “andei sempre a direito, ia dar a minha voltinha, todos os dias de manhã, levo sempre a bengala.”
E1.25 - “...tenho o apoio da bengala...não me disseram nada no hospital...eu é que como lá andava com andarilho...quando vim para casa...depois cá vi que com a bengala era melhor para me apoiar...”
E1.27 - “Continuo a andar...não fico aqui a dormir...senão é que fico doente.”
E2.14 - “continuo sem dificuldade a fazer as tarefas da casa...continuo a fazer as caminhadas de manhã...a fala é que ainda não está bem.”
E3.4 - “eu próprio fazia certos gestos de fisioterapia, ainda hoje eu próprio faço ginástica e sei que recuperei bastante em vários aspetos.”
E3.6 - “devagarinho ainda vou a hortita...parece que me sinto bem a mexer...”
E3.15 - “as pessoas em volta, pessoas que já passaram por isso, que era bom fazer movimentos e toda a gente diz, e aceito de bom grado no ensinamento. E eu próprio, mesmo com a mão estou sempre a esticar, mesmo até os ombros, tudo o que puder fazer de ginástica eu faço, mas claro, noto o que mais falta faz é a zona do ombro, a mobilidade do ombro.”
E3.10 - “as coisas que não conseguia ficava um pouco desanimado, mas também sei que estou a recuperar bastante e que há muita coisa para melhorar.”
E4.18 - “não, apenas fui chamada para consulta de Medicina Física e Reabilitação...ainda estou a espera que me chamem para a fisioterapia...”“deviam explicar mais exercícios para se fazer em casa...é preciso muita força de vontade...se não tivermos.”
E5.16 - “preciso da fisioterapia como do pão para a boca...mais do que comer...para sentir mais mobilidade...mais

força nas pernas...antes tinha mais vontade para sair...antes era uma pessoa muito ativa."
E2.15 - "não...só as caminhadas de 30 min."
E1.26 - "não...ninguém me mandou." [Reabilitação]
E3.23 - "não. Eu sozinho...eu notava onde a coisa falhava e então é ali que tenho de fazer a minha fisioterapia. Pronto...tudo aquilo que eu mais ou menos entendia que devia fazer...como digo ultimamente o que mais atrapalha é a força no braço."
E3.27 - "não...eu e que tenho feito tudo cá a minha maneira, mesmo até de noite sei o que precisa de adquirir mais força e eu próprio obrigo o braço a tentar forçar...claro como digo...tenho notado umas melhorias."
E4.9 - "Quando tive alta fui comprar um tripé."
E4.16 - "...na marcha utilizo as canadianas...que coloquei por autonomia."
E4.17 - "o marido ajuda no banho, no comer...cuidados à casa. Por minha iniciativa adaptei um banco no chuveiro, o resto ia fazendo eu sozinha, com o apoio sempre das canadianas...ainda tenho alguma dificuldade em subir as escadas...continuo a fazer as minhas caminhadas."
E5.6 - "a fisioterapia é que acho que desenvolveria mais alguma coisa...não consigo andar...só ando aquele bocadinho até ao carro...quando chego lá vou quase a cair...ainda conduzo."
B.2 Dificuldades sentidas
B.2.1 Atividades de autocuidado
Higiene
E1.10 - "não senti nada, só senti estava na casa de banho ao fim de dois dias de cá estar, sentado na banheira, queria me levantar e não era capaz, lá foi a minha mulher para me ajudar, estava com as pernas estendidas e não fui capaz de me levantar...tive falta de força nas pernas...antes levanta-me sempre bem da banheira."
E1.24 - "...o banho ajuda-me sempre...tenho medo de cair...vamos sempre os dois...só no banho tenho a ajuda esposa..."
E3.8 - "...e de por exemplo barbear, há muita dificuldade, é muito devagarinho, mas vou a pouco a pouco."
E4.2 - "foi complicado...o tomar banho, punha o banco dentro do chuveiro os primeiros dias..."
Gestão dos medicamentos
E1.11 - "tenho dificuldade em conhecer as caixas dos medicamentos...antes eu era capaz..."
E1.23 - "...não sei ler...eu não os conheço...agora os novos não sei..." [medicamentos]
Mobilidade
E3.9 - "noto que esta parte do ombro ainda não está totalmente curada, parece que os ossos querem sair."
E3.13 - "por exemplo, vou caminhar e noto que por vezes a gente anda desequilibrado, tenho de ter atenção a andar, noto que por vezes há dificuldade, fica a gente um bocadinho desamparado."
E3.25 - "...nas outras atividades não tenho dificuldade, levanto-me bem. O andar ainda noto que há um desequilíbrio na marcha..."
E4.3 - "...e depois o andar também foi complicado."
E5.15 - "cá em casa já tinha um banco, ponho no polibã, sento-me e vou tomando banho devagarinho...tudo o resto é com dificuldade e muito devagarinho...a vestir é uma peça de cada vez...a andar umas vezes é com a bengala...vou fazendo como posso."
Alimentação
E2.13 - "tive o apoio da minha irmã para me ajudar na comida e a ambientar aos primeiros dias."
E3.7 - "...ultimamente o que mais dificulta ainda é o gesto de comer..."
E3.24 - "a alimentação é tudo sem sal... tenho dificuldade em levantar os talheres..."
Comunicação
E2.2 - "não tive dificuldade...só na fala é que era mais difícil."
E2.7 - "apenas com a fala,...mas agora não me atrapalho tanto a falar."
E3.26 - "...a linguagem e o raciocínio...por vezes estou que tempos para me lembrar do nome da pessoa...ou qualquer coisa...o raciocínio falha bastante."

Excertos das entrevistas por temas, categorias e subcategorias – Cuidador Informal

A – Internamento	
A.1 Experiência prévia do cuidar do outro	
E6.1	- “sim do meu pai.”...“antes do AVC devido às próteses do joelho sempre apoiei a minha mãe mais no banho, as coisas mais essenciais tenho que lhe fazer.”
E7.1	- “não. Trabalhei na Santa Casa da Misericórdia. Em casa é a primeira vez.”
E7.4	- “era bom...a gente fica surpresa com esta doença...se eu não tivesse trabalhado já na Santa Casa...eu não estava ao corrente de nada...eu ponho as fraldas como eu aprendi lá.”
E8.1	- “sim, já há um ano que tratava da minha mãe, fazia tudo até a própria higiene dela, não se conseguia baixar, não tinha equilíbrio, só lavar a cara e lavar os dentes, pentear-se...vestia-se apenas do tronco, o resto era eu, calcá-la e cortar as unhas.”
E9.1	- “trabalhei dois anos no hospital, próximo de mim como o meu pai não...não é difícil...já tinha um pouco de experiência...certas coisas já sabia.”
E9.11	- “para mim não é uma novidade...já fiz.”
A.2 Preparação da alta hospitalar	
A.2.1 Natureza da informação prestada pelos profissionais de saúde	
E6.2	- “não senti necessidade...não havia grandes dúvidas...”
E6.3	- “não foi necessário...ela aparentemente continuava autónoma precisando apenas de um apoio da minha parte...uma orientação.”
E6.6	- “a primeira visita foi um enfermeiro que disse o que a minha mãe tinha tido, e a partir daí com a médica, a qual lhe explicou tudo. A informação foi conseguida sempre que necessário....marcou consulta de seguimento e exames.”
E7.8	- “entregaram as cartas aos bombeiros e eles entregaram-me a mim quando a vieram por a casa...eu falei com uma médica...acho que era médica...disseram que ela não falava.”
E8.3	- “foi só na alimentação, que devia comer sem sal e gorduras...de resto mais nada, não me explicaram mais nada...entregaram as cartas.”
E8.4	- “a médica mandou ir falar com a assistente social para referenciar para a rede, para saber os apoios que poderiam existir...eu gostei e foi muito bem tratada.”
E8.8	- “foi a médica que disse, mais no final do internamento e me mandou ir falar com a assistente social para saber o que se poderia fazer e os direitos para poder ir para a rede, a ver se a perna ainda recuperava mais. Voltamos a falar com a assistente social, devido ao fato de se justificar a necessidade de ingressar nos cuidados continuados...para ver se a perna recuperava....nós não podíamos fazer nada para isso.”
E9.2	- “não, eles lá e que tratavam de tudo...tinha um bocado receio que viesse com sonda. Quando ele saiu...ele mexia-se, mas pensava que não viesse com tanta dificuldade na parte esquerda...viesse com mais mobilidade...a médica disse que o lado esquerdo estava comprometido.”
E9.4	- “disseram que ele lá em casa têm de lhe fazer tudo...(agora está algaliado)...elas lá em cima tiraram...mas depois tive de ir três vezes à urgência porque eram postas de sangue...como eu já lá tinha visto fazer...a gente parece que não já sabe alguma coisa.”
E9.5	- Eles lá não me disseram...não tive grandes problemas e também não procurei...porque já tinha visto fazer...por exemplo “clampar” é uma coisa que eu não sei o que era...há dias ele fez um exame e disseram para clampar a algália e foi o médico até que disse o que significava.”
E9.8	- “a nível de enfermagem e de médicos não tenho nada a dizer. A médica disse que ele ia ter alta...para falar com a assistente social para referenciar para os cuidados, mas ele não quis e veio para casa. Perguntava à enfermagem como é que ele estava a evoluir sempre que ia lá à visita.”
E9.14	- “...não sei se demoram muito tempo a chamar para a fisioterapia...porque ele está a precisar...vamos esperar e depois logo se vê...não é só o braço mas também a perna que está a precisar de se mexer...espero que ele melhore um bocadinho. A dieta é sem sal, sem gorduras...elas dizem para irmos mexendo o braço, mas cá para mim se ele tivesse ido para a fisioterapia era o melhor.”
A.2.2 Necessidade de aprendizagem sentida pelo cuidador	
E7.3	- “nunca me explicaram nada, dos posicionamentos, transferência.”
E7.5	- “a assistente social disse para eu pedir ajuda no lar perto de casa...mas eu disse que é para pagar tudo, porque eles não vêm de graça...mas agora eu vou experimentar tê-la cá em casa...se me tivessem dito no hospital

mais coisas, ensinamentos e informação sobre os cuidados a ter...de como fazer.”
E8.13 - “por vezes está confusa e com períodos de desorientação...esquece-se das coisas. Já tenho experiência a cuidar do outro...secalhar as técnicas se fossem explicadas...o jeito para fazer as coisas...ninguém me explicou.”
A.2.3 Avaliação das capacidades do cuidador informal pelos profissionais de saúde
E7.2 - “não, nem nunca ninguém me disse se era necessário.” [participar nos cuidados ao utente]
E8.2 - “não eu já estava um pouco habituada, trabalhei num hospital muitos anos...e também nunca me perguntaram.”
E9.3 - “o que me disseram era que aconselhavam ele ir para um centro de recuperação...que lá era melhor e diferente e que tinha outros cuidados, mas ele não aceitou, não queria e tivemos de o trazer para casa. Ele não queria e nós não podíamos ir contra a ideia dele, e estava uma pessoa consciente...quando as pessoas não estão conscientes é uma vida, quando estão conscientes a gente também tem pena...então optámos por trazê-lo...é um bocado de dificuldade.”
B – Regresso ao Domicílio
B.1 Adaptação ao processo de cuidados
B.1.1 Dificuldades sentidas
E6.4 - “faz falta uma articulação para se conseguir de modo mais rápido uma consulta com o médico de família...preciso de medicamentos e está difícil conseguir adquiri-los...o problema é não ter acesso direto ao médico de família...”...“apoio com o Centro de Saúde para ajudar nos cuidados...não existe nenhuma articulação.”
E6.11 - “o médico do Centro de Saúde esteve um mês de férias e eu não estou a conseguir a medicação...por incrível que pareça é a dentista que me está a passar...não tem apoio nenhum dos Centros de Saúde...o apoio e articulação é zero.”
E7.12 - “não recebi apoio nenhum...”...“quando ela veio passou oito dias mais na cama porque o meu marido foi trocar a “pilha. O meu marido tem ajudado no que é mais difícil...no banho e nas transferências.”
E8.11 - “foi as minhas irmãs inicialmente para o banho.”
E9.6 - “ele ainda andou dois ou três dias na fisioterapia, e notou-se que o braço estava melhor...mas ao fim de três-quatro dias aqui em casa, logo o comer deixou de o levar a boca, logo se ele continuasse...mas pronto teve de sair...ele também tem muita força de vontade...só que olhe a gente cá está para ajudar...é triste meter uma pessoa num sítio onde ela não quer e ela estar consciente.”
E9.12 - “eu e a minha mãe...ainda não recorremos a nenhum apoio...vamo-nos arranjando...não posso dizer nunca, nunca.”
E6.5 - “as dificuldades...ela não quer tomar a medicação...as vezes não sei como lidar com esta situação...e a gente chateia-se...havia de haver alguém que me explicasse como lidar com esta situação...tentar dar a volta...ela as vezes fica agressiva...uma vez que a parte cognitiva ficou alterada.”
E7.6 - “eu lavo-a na cama...não posso dar banho todos os dias...eu não posso sozinha...tem de ser sempre com a ajuda do meu marido...”
E7.13 - “ela esta totalmente dependente, tenho de lhe fazer tudo. O transferir é o meu marido, os posicionamentos só me disseram, foi a doutora...para não estar sempre para o mesmo lado, de dia troco de um lado para o outro mas por vezes eu sozinha não consigo e deixo-a estar.”
E9.7 - “dificuldade no andar, no levantar da cama para a cadeira, o comer está mais atrapalhado, não leva a colher a boca...não tem aquela força...se tivesse ido para os cuidados continuados ele podia ser...por exemplo no comer, podia ser que tivesse recuperado mais.”
B.1.2 Estratégias de resolução de problemas
E6.12 - “a questão da higiene sou eu que lha faço, tem a diminuição de força no braço...”...“arranji um banco de plástico e adaptei para a hora do banho...a higiene pessoal é ela que faz, ninguém me disse como saber...fui adaptando ao que achei que seria melhor para ela e para mim...”...“a alimentação é muito complicado...recebia já a comida do centro de dia...mas sem sal e gorduras...está sempre a dizer que comida não presta...”...“anda dentro de casa, como ela usa duas canadianas...tenho de ser prática.”
E7.7 - “...arranji uma cadeira de rodas, quando me disseram que ela já não andaria...para a poder deslocar do quarto para a sala...pedi emprestado...e sento-a no cadeirão para estar a ver televisão.”
E7.8 - “eu não procurei [informação]...quando a vi assim pensei em arranjar logo uma cadeira de rodas.”
E8.6 - “...lavo-a sozinha...pedi cama articulada e com grades ao lar...era difícil levantá-la, vesti-la e dar-lhe comer...durante a noite levantava-me de duas em duas horas para ela poder urinar.”
E8.12 - “eu obrigo-a a comer sozinha...no banho têm de ser duas pessoas, no vestir e despir metade do corpo

precisa de apoio...para a marcha anda com o andador, temos de ajudá-la nós e nas transferências também.”
<p>E9.13 - “isso é preciso ajuda...para andar ele tem um andador.”</p> <p>“arranjamos agora...eu por minha iniciativa optei pelo andador para ele se deslocar.”...“higiene é a gente que lhe faz, senta-se no banco, temos de fazer tudo...a alimentação temos de dar...não tem força para levantar o copo, talheres. As cadeiras de rodas são um bocado caras, mas para sair com ele, para o transportar para algum lado seria o ideal, com o andador é mais complicado.”</p>
E7.14 - “ compramos uma cama mais pequena para ser mais fácil mobilizá-la...o resto não alterei nada.”
<p>B.2 Sobrecarga do cuidador</p>
<p>E6.7 - “muito cansada, psicologicamente mais, porque a minha mãe aprendeu a fazer chantagem comigo, e ela sabe que eu não sou capaz de lhe dizer que não. Mas fisicamente tudo bem...há alturas que não sei lidar, não sei o que lhe dizer...ela passa horas sozinha...quando chego ou está tudo bem ou então está mal disposta e só não me bate às vezes porque eu me desvio.”</p>
E6.10 - “só um fim de semana um meu irmão é que ficou com ela para ir dois dias a descansar.”
E7.10 - “sinto-me nervosa e cansada...todos os dias...tenho de me sentar no sofá ou deitar todos os dias para descansar.”
E8.9 - “bastante afetada, já tive duas depressões que duraram muitos anos, ando cansada e stressada...gerir a casa, comida, roupa, tratar da minha mãe e o meu trabalho. Cansada mais a nível psicológico, fico mais afetada...é muita coisa junta...quero deixar tudo pronto antes de ir para o trabalho.”
E9.9 - “vou ajudando...psicologicamente tenho de ter calma e aceitar o que está...não é fácil...não é um cargo...eu quero mesmo fazer...ele é o meu pai...e optámos eu mais a minha mãe ele vir para casa...não é uma obrigação, é uma vontade.”
E7.11 - “tratar dela trato, mas as vezes enervo-me porque ela não faz o que digo...está sempre a rasgar a fralda...não obedece ao que lhe digo...é mais nervos que eu apanho.”
<p>B.3 Sentido atribuído ao cuidar do outro</p>
<p>E6.8 - “não é fácil...mas pronto...no fundo é a única coisa que já lhes podemos fazer e sente-se útil...sente-se útil...foi difícil tratar do meu pai com Parkinson a nível físico...não é fácil...começa a haver um desgaste...sinto necessidade de fazer o bem pela minha mãe...o meu irmão mora ao pé e passam-se semanas sem lá ir ter com ela...ele não faz por mal...tem medo...ele é muito sensível.”</p>
E6.9 - “não...não é de todo uma obrigação.”
E8.5 - “foi complicado...eu trabalho e tive de dormir lá em casa todas as noites...falta de tempo e falta de ajuda...”
<p>E8.7 - “a única maneira era ter uma pessoa só para ela...mas o dinheiro não chega e não quero que ela vá para o Centro de Dia, prefiro que o Centro venha cá a casa...quando estou, eu quero ocupar-me dela, ela criou 8 filhos, passou por muitas dificuldades e eu quero fazer tudo o que está ao meu alcance...os meus irmãos já não podem tanto...têm filhos. E não quero que ela vá para o lar, nem que eu tenha de pedir licença sem vencimento, só se tiver outro AVC, e ficar muito dependente que eu não possa tê-la em casa e for mesmo necessário...as reformas não são grandes.”</p>
E8.10 - “é uma obrigação e dever...acho que é mais um dever...ela já fez o mesmo por nós, sinto-me com esse...sinto as duas coisas...obrigação e dever, mas mais um dever...gosto muito de ajudar...mas nem sempre que preciso tenho ajuda.”
E9.10 - “a gente sente-se um pouco cansada...são os nossos pais...por vezes cuidamos de quem não é da gente, também tem de se preocupar de quem é da gente...fazemos esforço para ver no que vai dar...a gente espera que venha para melhor.”

**Apêndice 4 – Pedido de autorização ao conselho de
Administração do Hospital e Comissão de Ética**

Exmo.

Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde [REDACTED], EPE

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR RECOLHA DE DADOS

Andreia Lopes Domingues, Enfermeira a exercer funções em regime de Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado, no serviço de Medicina Interna do [REDACTED], número mecanográfico 2302, vem no âmbito da unidade curricular Opção II do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a desenvolver um estudo subordinado ao tema previsto: “Da alta hospitalar ao domicílio do doente com AVC: papel do enfermeiro de reabilitação”, cujo objetivo principal é compreender as necessidades/dificuldades vivenciadas pelo doente e família no momento da alta hospitalar e em que medida o enfermeiro de reabilitação poderá ter um papel fundamental nesta transição para o domicílio. A população para estudo serão os doentes internados no serviço de Medicina com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Assiste-se atualmente a um envelhecimento da população, como consequência não só da diminuição da natalidade, mas também devido ao aumento da longevidade, levando a que a camada dos mais velhos se encontre de modo acrescido ao risco de acidente vascular cerebral.

O AVC é umas das maiores causas de incapacidade, que provoca no doente um padrão de vida sedentário com limitações para a realização das suas atividades de vida diária. A essência da Enfermagem de Reabilitação é proporcionar intervenções que melhorem a função e limitem o impacto da incapacidade, habilitando a pessoa a proceder ao ajuste social, físico e emocional através do conhecimento de técnicas e de atitudes necessárias (Hoeman, 2000).

Este aumento da dependência funcional das pessoas provoca um acréscimo de necessidades adicionais de cuidados. O consumo dos cuidados de saúde tem vindo a aumentar pois a grande maioria das altas hospitalares são de pessoas com mais de 65 anos que não necessitam apenas de uma intervenção dirigida à cura de uma situação aguda, mas de uma nova abordagem que integre o sistema de saúde e de segurança social, direcionado para o indivíduo, com necessidades de apoio nas atividades básicas de vida e nos cuidados de reabilitação e de reinserção (Costa, 2009).

Os esforços para maximizar a capacidade funcional do doente minimizando e/ou prevenindo as sequelas da doença, têm-se revelado um grande desafio para a Enfermagem

de Reabilitação, bem como a envolvimento dos cuidadores informais/família neste processo de cuidados e de transição, uma vez que a doença não só afeta o doente como também toda a família.

As intervenções de enfermagem de reabilitação, devem ser dirigidas assim às dificuldades da díade doente-família/cuidador. Logo a importância do ensino e do treino não se esgotam na promoção da independência funcional do doente, como também se refletem na prevenção de reinternamentos, sobretudo na classe dos mais idosos.

O aumento do conhecimento leva a melhoria dos cuidados de saúde, sendo a presença do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) uma mais-valia na prestação de cuidados, junto dos doentes com necessidades de reabilitação e na equipa de saúde.

A Enfermagem de Reabilitação constitui-se como uma área de intervenção clínica reconhecida, dando respostas às necessidades concretas da população e às exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

É neste âmbito, que venho solicitar a V. Ex^a que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação prevista para os próximos meses de junho a outubro de 2015, no serviço de Medicina Interna.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V.Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que os dados recolhidos serão confidenciais.

Agradeço uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito grata pela disponibilidade e atenção, apresento os melhores cumprimentos.

 ____ de abril de 2015

Andreia Lopes Domingues

**Apêndice 5 – Autorização do conselho de Administração do
Hospital e Comissão de Ética**



Unidade Local de Saúde
de

Vogal Executiva do Conselho de Administração

17 13906 2015-08-18 13:08:22

De Sandra Maria Nunes Duarte Vogal Executiva do Conselho de Administração

Para: Exma. Sra. Enf. Andreia Lopes Domingues

C/C: Exma. Sra. Dra. Maria Eugénia Soares – MI Diretora do Serviço de Medicina Interna

Assunto: Estudo – “Da alta hospitalar ao domicílio do doente com AVC: Papel do Enfermeiro de Reabilitação”

Data: 17 de Agosto de 2015

Informa-se V. Exa. que o Conselho de Administração deliberou, em 29.07.2015, homologar o parecer favorável da Comissão de Ética, relativamente ao pedido de autorização para realização do estudo, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com o tema “Da alta hospitalar ao domicílio do doente com AVC: papel do Enfermeiro de Reabilitação”, pelo que o mesmo se autoriza, desde que seja mantida a confidencialidade dos respetivos sujeitos e sejam respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

A Vogal do Conselho de Administração

/MP

**Apêndice 6 – Autorização para recolha de dados ao Diretor do
Serviço de Medicina Interna**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Administração Regional de Saúde do Centro

03/13/2015-04-23 11:02:11
HPI - Secretariat Document



De: Andreia Lopes Domingues
Para: Exma. Diretora do Serviço de Medicina Interna
Data: 23-04-2015
Pede ☒ Comunica ☐ Solicita ☐
Assunto: Pedido de autorização para aplicação de
entrevistas/recolha de dados

Andreia Lopes Domingues, Enfermeira a exercer funções no serviço de Medicina Interna, número mecanográfico 2302, vem por este meio pedir autorização para a aplicação de entrevistas/recolha de dados no serviço de Medicina Interna do Hospital Amato Lusitano, para fins de término do trabalho de investigação no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, subordinado ao tema previsto: "Da alta hospitalar ao domicílio do doente com AVC: papel do enfermeiro de reabilitação ", cujo objetivo principal é compreender as necessidades/difícultades vivenciadas pelo doente e família no momento da alta hospitalar e em que medida o enfermeiro de reabilitação poderá ter um papel fundamental nesta transição para o domicílio. A população para estudo será os doentes internados no serviço de Medicina com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Atenciosamente

Andreia Domingues

Donnerstag

Despacho

Cursi deca - si que
dece sunt de
dinti, sau repun
baste in fante
schicior o diti
cursi deca o mot
replazan o mot
de exterior e
recolle de diti
Dece obischiu
se compun o
anoniu e g
propriu
21/2/25

Telephone 2 72 400 212
MOD. AD4

**Apêndice 7 – Autorização de recolha de dados ao Enfermeiro
Chefe do Serviço de Medicina Interna**



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Administração Regional de Saúde do Centro

Região Centro - Saúde



Despacho

De: Andreia Lopes Domingues

Para: Exmo. Enfermeiro Chefe do Serviço de Medicina
Interna

Data: 23-04-2015

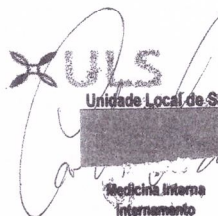
Pede ☒ Comunica ☐ Solicita

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de
entrevistas/recolha de dados

Andreia Lopes Domingues, Enfermeira a exercer funções
no serviço de Medicina Interna, número mecanográfico
2302, vem por este meio pedir autorização para a
aplicação de entrevistas/recolha de dados no serviço de
Medicina Interna, para fins de
término do trabalho de investigação no âmbito do Curso
de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Atenciosamente

Andreia Domingues


Unidade Local de Saúde,
Medicina Interna
Internamento

Apêndice 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido
Para Participação em Investigação (*/)**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “O regresso ao domicílio do utente com Acidente Vascular Cerebral: potenciais contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”.

Explicação do estudo: O principal objetivo do estudo é compreender e explorar o fenómeno acerca das vivências e necessidades sentidas pelo utente e ou cuidador informal após a alta hospitalar e no processo de transição de cuidados para o domicílio. Este trabalho vai ser desenvolvido por mim (Enfermeira Andreia Domingues), a exercer funções no Serviço de Medicina Interna do [REDACTED], da Unidade Local de Saúde de [REDACTED]. Servirá de projeto de investigação em contexto académico para término do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, orientada pelo Professor Miguel Serra. Será realizada entrevista por mim, ao utente e cuidador, a qual será gravada. Os dados audio recolhidos nas entrevistas depois de transcritos serão eliminados. A informação recolhida servirá exclusivamente para fins de investigação, sendo dadas garantias de confidencialidade e anonimato, bem como, todos os princípios éticos na sua utilização. A sua participação é voluntária, podendo retirar-se caso o deseje. Grata pela sua colaboração e disponibilidade.

Enfermeira Andreia Lopes Domingues

Assinatura: _____ **Telemóvel:** [REDACTED]
[REDACTED]

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora .

Nome: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

*<http://www.esscvp.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/06/DeclaraçãodeHels%C3%ADnquiadaAssociaçãomédicaMundial.pdf>
**<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>